

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DETERMINANTES PARENTAIS E PROBLEMAS DE
COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS NASCIDAS
PREMATURAS – ESTUDO COM MÃES DE CRIANÇAS
ENTRE OS 4 E OS 10 ANOS**

Rita Filgueiras Jorge de Oliveira Pinto

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Psicologia da Saúde e da Doença

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DETERMINANTES PARENTAIS E PROBLEMAS DE
COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS NASCIDAS
PREMATURAS – ESTUDO COM MÃES DE CRIANÇAS
ENTRE OS 4 E OS 10 ANOS**

Rita Filgueiras Jorge de Oliveira Pinto

Dissertação orientada pela Professora Doutora Margarida Custódio dos Santos

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Psicologia da Saúde e da Doença

2020

Agradecimentos

A elaboração desta Dissertação contou com o apoio e colaboração de várias pessoas, às quais não poderia deixar de agradecer.

À minha orientadora, a Professora Doutora Margarida Custódio dos Santos, pelos conhecimentos transmitidos, que sem dúvida foram fundamentais ao longo deste percurso, por toda a dedicação e apoio, por me motivar e incentivar a querer fazer sempre melhor.

Aos profissionais de saúde do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, onde realizei o estágio curricular e recolhi a amostra. Em especial à Dra. Leonor Ferreira, minha orientadora de estágio, e à Dra. Teresa Aguiar por toda a ajuda e pela constante dedicação, preocupação e disponibilidade.

À Professora Ana Isabel Pereira que foi imprescindível em todo o processo de análise estatística. Sempre disponível e com explicações claras.

Aos meus amigos de longa data, que sempre me apoiaram e estiveram presentes em todo o meu percurso.

Aos amigos que comigo percorreram estes 5 anos, com quem partilhei muitas vitórias, mas também muitas inseguranças e momentos de ansiedade. Obrigada por todo o apoio!

A todos os pais que aceitaram participar no estudo, pela sua disponibilidade e dedicação.

E um especial agradecimento à minha família. À minha mãe por todo o apoio, por viver as minhas lutas como se fossem as dela, por ter sempre uma palavra de incentivo, por me escutar nos momentos mais difíceis e com um simples olhar dizer tanto. Ao meu pai pelo apoio e incentivo gigante que sempre me deu ao longo deste percurso, pelas longas conversas, por acreditar sempre em mim e me motivar com as suas palavras sempre tão positivas. Ao Kiko por me ter transmitido uma das “ferramentas” mais importantes e que melhor iria guiar o meu percurso académico: dar sempre o máximo de mim em tudo aquilo em que me envolvo. À Margarida e ao Nuno por terem estado sempre presentes de uma forma incansável. Por me aturarem nos momentos de ansiedade e frustração. Mas acima de tudo por me mostrarem que, por vezes, por muitas palavras que sejam ditas, a simples presença de alguém é a melhor forma de apoio e conforto que se pode ter.

Resumo

Estudos têm verificado que crianças nascidas prematuras, comparativamente com crianças nascidas de termo, apresentam maior risco de problemas comportamentais. Esses resultados foram reforçados na revisão exaustiva de literatura apresentada neste estudo. Nessa revisão, foram também identificados riscos associados à prevalência de problemas de comportamento nesta população, nomeadamente características das crianças, dos pais (da parentalidade) e do contexto social. O estudo central que aqui se apresenta teve como objetivo identificar as associações entre o nível de *stress* parental, práticas parentais, autorregulação parental, resposta parental a emoções negativas da criança e a percepção parental de problemas de comportamento em pais de crianças, entre os 4 e os 10 anos, nascidas prematuras. A amostra incluiu 48 mães de crianças nascidas prematuras, que preencheram o Questionário do Comportamento da Criança, o Índice de *Stress* Parental, o Questionário das Práticas Parentais, a Escala de Regulação Emocional Parental e a Escala de Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos. Foi realizada uma análise descritiva e correlacional e uma regressão linear hierárquica múltipla. Não se verificaram valores clínicos/*borderline* para problemas de internalização, externalização ou problemas gerais de comportamento. As mães das crianças deste estudo reportaram níveis mais elevados de *stress* associado ao domínio global da figura parental, mas níveis mais elevados nos subdomínios da criança. Mostraram maior utilização de práticas parentais positivas, boas capacidades de autorregulação e mais respostas positivas perante emoções negativas da criança. Verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre a percepção materna de problemas de comportamento e níveis elevados de *stress* materno, práticas parentais negativas, estratégias negativas de autorregulação e respostas parentais negativas perante emoções negativas da criança. O sexo da criança (especificamente, ser do sexo masculino), o estatuto socioeconómico baixo e médio-baixo e o *stress* materno foram identificados como preditores de problemas de internalização e externalização. O modelo de regressão explicou 63% e 62%, respetivamente, da variância. Este estudo realça as associações existentes entre as características da parentalidade e o desenvolvimento de problemas de comportamento em crianças, em idade escolar, nascidas prematuras.

Palavras-Chave: problemas de comportamento, prematuro, *stress* parental, práticas parentais, autorregulação parental, reações parentais às emoções negativas da criança

Abstract

Studies have found that children born prematurely, compared to children born at term, are at higher risk for behavioral problems. These results were reinforced in the exhaustive literature review presented in this study. In this review, risks associated with the prevalence of behavioral problems in this population were also identified, namely characteristics of children, parents (parenting) and the social context. The central study presented here aimed to identify the associations between the level of parental stress, parental practices, parental self-regulation, parental response to the child's negative emotions and the parental perception of behavioral problems in parents of children, between 4 and 10 years old, born preterm. The sample included 48 mothers of children born preterm, who completed the Child Behavior Checklist, Parental Stress Index, Parent Practices Interview, Parent Emotion Regulation Scale and the Coping with Children's Negative Emotions Scale. A descriptive and correlational analysis and a multiple hierarchical linear regression were performed. There were not clinical/borderline values for internalization, externalization or general behavior problems. The mothers of the children in this study reported higher levels of stress associated with the global domain of the parents, but higher level in the child's subdomains. They showed greater use of positive parenting practices, good self-regulation skills and more positive responses to the child's negative emotions. There were statistically significant correlations between maternal perception of behavioral problems and high levels of maternal stress, negative parenting practices, negative self-regulation strategies and negative parental responses to the child's negative emotions. The child's gender (specifically, being male), low and medium-low socioeconomic status and the maternal stress were identified as predictors of internalization and externalization problems. The regression model explained 63% and 62%, respectively, of the variance. This study highlights the associations between the characteristics of parenting and the development of behavioral problems in children, of school age, born preterm.

Keywords: behavior problems, premature, parental stress, parenting practices, parental self-regulation, parental reactions to the child's negative emotions

Índice

Introdução	1
Capítulo I - Enquadramento Teórico.....	3
A Prematuridade	3
Epidemiologia	3
Riscos e Implicações	4
Revisão Exaustiva de Literatura	5
Objetivos	5
Metodologia	5
Resultados	6
Características dos Estudos	19
Prevalência de problemas emocionais e de comportamento	24
Fatores de Risco.....	25
Discussão dos Resultados.....	26
Conclusões	30
Fatores de risco associados a problemas de comportamento em crianças nascidas prematuras	30
Stress parental	30
Práticas Parentais.....	33
Autorregulação Parental.....	35
Reações parentais às emoções negativas da criança	36
Capítulo II – Metodologia	37
Objetivos do Estudo	37
Hipóteses	37
Características do Estudo	38
Caracterização da Amostra.....	38
Instrumentos de recolha de dados	42

Questionário Sociodemográfico	42
Inventário do Comportamento da Criança (CBCL)	43
Índice de <i>Stress</i> Parental (PSI)	44
Questionário de Práticas Parentais (PPI)	47
Escala de Regulação Emocional Parental (PERS)	48
Escala de Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos (CCNES)	49
Procedimentos de Recolha dos Dados	50
Considerações Éticas	51
Procedimentos de Análise dos Dados	51
Capítulo IV - Discussão dos Resultados	66
Capítulo V - Conclusões e Considerações Finais	75
Referências Bibliográficas	77
Anexos	89

Índice de Figuras

Figura 1. Fluoxograma da pesquisa, como recomendado por PRISMA	6
---	---

Índice de Tabelas

Tabela 1. Análise dos estudos sobre os problemas comportamentais e emocionais em crianças nascidas prematuras	7
Tabela 2. Dados sociodemográficos das mães (idade)	38
Tabela 3. Dados sociodemográficos das mães (estado civil).....	39
Tabela 4. Dados sociodemográficos das mães (estatuto socioeconómico).....	40
Tabela 5. Dados sociodemográficos das mães (situação laboral).....	40
Tabela 6. Dados sociodemográficos das mães (nacionalidade).....	41
Tabela 7. Dados sociodemográficos das mães (país de origem)	41
Tabela 8. Dados sociodemográficos das mães (nível de escolaridade)	42
Tabela 9. Medidas de tendência central e de dispersão do CBCL.....	53
Tabela 10. Medidas de tendência central e de dispersão do PSI	54
Tabela 11. Medidas de tendência central e de dispersão do PPI	55
Tabela 12. Medidas de tendência central e de dispersão do PERS.....	55
Tabela 13. Medidas de tendência central e de dispersão do CCNES	56
Tabela 14. Correlação entre os domínios e subdomínios do PSI e as escalas da CBCL (n=48)	60
Tabela 15. Correlação entre as escalas e subescalas do PPI e as escalas da CBCL (n=48).....	61
Tabela 16. Correlação entre as escalas do PERS e as escalas da CBCL (n=48)	62
Tabela 17. Correlação entre as escalas e subescalas do CCNES e as escalas da CBCL (n=48)	62
Tabela 18. Regressão linear múltipla tendo por variável dependente a perceção parental de problemas de internalização da criança (N=48).....	63
Tabela 19. Regressão linear múltipla tendo por variável dependente a perceção parental de problemas de externalização da criança (N=48).....	65

Anexos

Anexo 1 – Questionário Sociodemográfico

Anexo 2 – Questionário do Comportamento da Criança (CBCL)

Anexo 3 – Índice de Stress Parental (PSI)

Anexo 4 – Questionário de Práticas Parentais (PPI)

Anexo 5 – Escala de Regulação Emocional Parental (PERS)

Anexo 6 – Escala de Reações Parentais às Emoções Negativas da Criança (CCNES)

Anexo 7 – Consentimento Informado e Esclarecido

Introdução

A incidência mundial de nascimentos prematuros é de cerca de 15 milhões por ano, valor este que tem vindo a aumentar (*World Health Organization* [WHO], 2015).

Ao longo dos anos, tem-se verificado uma evolução nas características dos cuidados neonatais, a qual tem contribuído para a sobrevivência de recém-nascidos prematuros. Contudo, apesar das melhorias verificadas, as crianças nascidas prematuras apresentam um elevado risco de múltiplas complicações clínicas na fase pós-natal (Araújo et al., 2012; Wang, Dorer, Feliming, & Catlin, 2004), assim como maior risco de sequelas em idades posteriores (Moster, Lie, & Markestad, 2008). Associado aos problemas a que o recém-nascido prematuro está mais vulnerável no período pós-natal, crianças nascidas prematuras apresentam um elevado risco de problemas emocionais, comportamentais e do neurodesenvolvimento (Anderson & Doyle, 2003; Cassiano, Gasparido, & Linhares, 2016; Johnson et al., 2016).

O desenvolvimento da criança não resulta unicamente da influência de mecanismos individuais, mas sim da interação contínua entre as características das crianças, as características dos pais e as características do contexto em que a criança está inserida (Belsky, 1984). Esta associação torna-se relevante no contexto da prematuridade, uma vez que a prevalência de problemas comportamentais e emocionais em crianças nascidas prematuras, tem sido associada, não só às características específicas da prematuridade, mas também a diversas características dos pais e dos seus comportamentos parentais. O *stress* parental tem mostrado apresentar uma influência direta na perceção parental de mais problemas de comportamento (Huhtala et al., 2014; Pérez-Pereira & Baños, 2019). Também as práticas parentais têm-se mostrado associadas aos resultados comportamentais das crianças (Neel, Stark, & Maitre, 2018). Tendo em conta esta influência, torna-se relevante o estudo da parentalidade, no contexto da prematuridade, de forma a perceber o seu impacto no desenvolvimento da criança.

O presente estudo teve como objetivo geral identificar, na população de pais de crianças, entre os 4 e os 10 anos, nascidas prematuras, as associações entre o nível de *stress* parental, as práticas parentais, a autorregulação parental, a resposta parental perante emoções negativas da criança e a perceção parental de problemas de comportamento da criança. A dissertação que aqui se apresenta inclui ainda uma Revisão Exaustiva da Literatura que teve como objetivo a pesquisa e análise de estudos sobre a perceção parental de problemas de comportamento de crianças, entre os 4 e os 10 anos, nascidas prematuras.

Esta dissertação estrutura-se em cinco capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o enquadramento teórico, considerando a temática em estudo. São referidos dados epidemiológicos, riscos e implicações e fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamento nesta população. Além disso, neste capítulo é integrada uma revisão exhaustiva de literatura relativa à prevalência dos problemas de comportamento em crianças nascidas prematuras. No segundo capítulo é apresentada a metodologia, descrevendo os objetivos gerais e específicos do estudo, as hipóteses, a amostra e critérios de seleção, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de recolha e análise de dados e considerações éticas. No terceiro são apresentados os resultados do estudo, os quais são organizados em função dos objetivos definidos. No quarto são discutidos os resultados obtidos, de acordo com os objetivos específicos definidos para o presente estudo. Por último, o quinto capítulo refere-se às conclusões relevantes e a considerações finais, incluindo as limitações, contributos para a prática clínica e recomendações para estudos futuros.

O presente estudo pretende dar continuidade ao apresentado por Santos (2019).

Capítulo I - Enquadramento Teórico

A Prematuridade

Epidemiologia

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2012), a prematuridade define-se pelo tempo de gestação inferior a 37 semanas desde a data do último período menstrual da mulher. O recém-nascido prematuro pode ser classificado, quanto à idade gestacional (IG), como prematuro extremo ($IG < 28$ semanas), muito prematuro ($28 \leq IG < 32$ semanas), prematuro moderado ($32 \leq IG < 34$ semanas) e pré-termo limiar/prematuro tardio ($34 < IG < 37$ semanas).

Também pode ser classificado quanto ao peso à nascença (PN), sendo considerado como prematuro de baixo peso ($1500 < PN < 2500$ gramas), prematuro de muito baixo peso ($1000 \leq PN \leq 1500$ gramas) e prematuro de extremo baixo peso ($PN < 1000g$) (WHO, 2001).

Atualmente, a prematuridade é apontada como a segunda principal causa de morte de crianças com idade inferior a 5 anos e a principal causa de morte neonatal (WHO, 2015). A incidência mundial de nascimentos prematuros é, aproximadamente, 15 milhões por ano, valor este que tem vindo a aumentar (WHO, 2015). Em 2018, verificou-se que do total de 10,02% de nascimentos prematuros, 7,28% ocorreu entre as 34 e as 36 semanas, 1,18% ocorreu entre as 32 e as 33 semanas, 0,91% ocorreu entre as 28 e as 31 semanas e 0,66% ocorreu com menos de 28 semanas (Martin, Hamilton, Osterman, & Driscoll 2019).

Em Portugal, a taxa de mortalidade neonatal, em 2018, situava-se nos 2,2/1.000 nados-vivos, verificando-se que a maior proporção de óbitos neonatais ocorre em nados-vivos prematuros (Direção Geral de Saúde [DGS], 2019; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2019). Dados recentes, referem que entre 2012 e 2018 se verificou um aumento da percentagem de nados-vivos prematuros, de 7,8% para 8,0% (INE, 2019). Barros, Clode e Graça (2016) verificaram que o nascimento entre as 34 e as 36 semanas apresenta uma taxa de mortalidade superior comparativamente com o nascimento entre as 37 e as 38 semanas, nomeadamente 2,2% e 0,6%, respetivamente. Além disso, verificaram ainda uma prevalência de 5,4% de nascimentos prematuros entre as 34 e as 36 semanas e de 27% de nascimentos entre as 37 e 38 semanas.

O aumento da incidência de nascimentos prematuros está associado a uma grande diversidade de fatores, nomeadamente problemas de saúde materna e complicações obstétricas (Araújo et al., 2012; Barros et al., 2016), infeções maternas, gravidez múltipla, abuso de substâncias durante a gravidez (Araújo et al., 2012), idade materna inferior aos 18 anos ou

superior aos 35 anos (Araújo et al., 2012; Kozuki et al., 2013), anterior gravidez prematura (Ferrero et al., 2016) e reduzida proximidade temporal relativamente a uma gravidez anterior (Wendt, Gibbs, Peters, & Hogue, 2012).

Tem ainda sido verificado um risco superior de parto muito prematuro e prematuro associado à fertilização *in vitro*/injeção intracitoplasmática (Wisborg, Ingerslev e Henriksen, 2010).

É hoje reconhecido que a prematuridade é resultado da interação entre diferentes fatores, não sendo adequado o seu estudo através da análise individualizada destes fatores.

Riscos e Implicações

Apesar do contributo dos avanços nos cuidados neonatais para o aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros, verifica-se um elevado risco de múltiplas complicações clínicas na fase pós-natal, nomeadamente dificuldades de manutenção da temperatura corporal, distúrbios metabólicos, problemas gastrointestinais, problemas respiratórios, cardíacos e hematológicos (Araújo et al., 2012; Wang et al., 2004). Além disso, os neonatos prematuros apresentam maior risco de sequelas, nomeadamente alterações neurosensoriais (défices auditivos e visuais), epilepsia e paralisia cerebral (Moster et al., 2008).

Esta diversidade de complicações origina um período superior de hospitalização nos recém-nascidos prematuros, comparativamente com recém-nascidos de termo (Araújo et al., 2012; Barros et al., 2016).

Estudos têm mostrado que as complicações clínicas neonatais estão inversamente relacionadas com a idade gestacional no momento do nascimento (Moster et al., 2008). Apesar de os recém-nascidos prematuros apresentarem risco de morbilidade, cada semana adicional de gestação fornece benefícios ao nível da sobrevivência e da diminuição da morbilidade (Manuck et al., 2016).

A prematuridade associada aos problemas de saúde a que o prematuro está mais vulnerável no período pós-nascimento, pode aumentar também o risco de problemas emocionais e comportamentais (Cassiano et al., 2016), perturbações do neurodesenvolvimento, como Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) (Johnson et al., 2016) e Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) (Lampi et al., 2012).

Reforçando estes resultados, estudos têm mostrado que crianças de idades pré-escolares e escolares, nascidas prematuras, têm maior risco de dificuldades motoras, dificuldades de aprendizagem (nomeadamente, de leitura e escrita), perturbações da linguagem, reduzido

desempenho cognitivo, reduzidas competências sociais, dificuldades de autorregulação, dificuldades de atenção e problemas emocionais e de comportamento (Aarnoudse-Moens, Weisglas-Kuperus, van Goudoever, & Oosterlaan, 2009; Anderson & Doyle, 2003; Barre, Morgan, Doyle & Andreson, 2011; Clark, Woodward, Horwood e Moor, 2008; Yaari et al., 2018).

Tendo em conta a existência de uma grande quantidade de literatura relativa aos problemas comportamentais em crianças nascidas prematuras, apresenta-se de seguida uma revisão exhaustiva de literatura nesta área.

Revisão Exhaustiva de Literatura

Esta revisão foi sustentada nos resultados de alguns estudos que encontraram evidência de problemas de comportamento em crianças nascidas prematuras.

Objetivos

A revisão de literatura teve como objetivo a pesquisa e análise de estudos sobre a percepção parental de problemas de comportamento de crianças, entre os 4 e os 10 anos, nascidas prematuras. O intervalo de idades corresponde ao incluído no estudo mais alargado no qual esta revisão se integra. A presente revisão pretende contribuir para a sistematização da informação sobre esta temática.

Metodologia

A revisão de literatura seguiu as recomendações da *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA) (Moher et al., 2015) e abrangeu os estudos empíricos, publicados em língua inglesa, entre 2005 e 2020, incluídos nas bases de dados EBSCO, PubMed, Web of Science e Scopus. A pesquisa foi desenvolvida utilizando, em todas as bases de dados, a combinação dos descritores “*premature children OR preterm children AND emotional disorders OR anxiety OR depression OR internalizing problems OR behavior disorders OR behavior problems OR externalizing problems*”.

A pesquisa realizada teve como critérios de inclusão: estudos empíricos sobre crianças nascidas prematuras ($24 \leq IG < 37$ semanas); com idades compreendidas entre os 4 e os 10 anos; sem diagnóstico de lesão neurológica; sem deficiência sensorial; sem critérios de diagnóstico para PEA; nos quais o relato dos problemas de comportamento é descrito pelas figuras parentais; e com resultados apresentados de forma clara.

A avaliação da adequação dos artigos para a inclusão na amostra foi feita por dois investigadores e decidida por consenso.

Resultados

Como se pode observar na Figura 1, a pesquisa nas bases de dados com os descritores definidos permitiu a identificação de um total de 144 estudos não repetidos. Através da análise dos estudos identificados, foram excluídos 121 estudos após leitura do título e *abstract*, pelo que foi possível a recolha de um total de 23 estudos. A posterior análise completa dos 23 artigos levou à exclusão de 4 artigos por não cumprirem todos os critérios de inclusão. Desta forma, foram contabilizados para análise um total de 19 estudos. A Figura 1 apresenta o fluoxograma da pesquisa da presente revisão, seguindo as recomendações PRISMA.

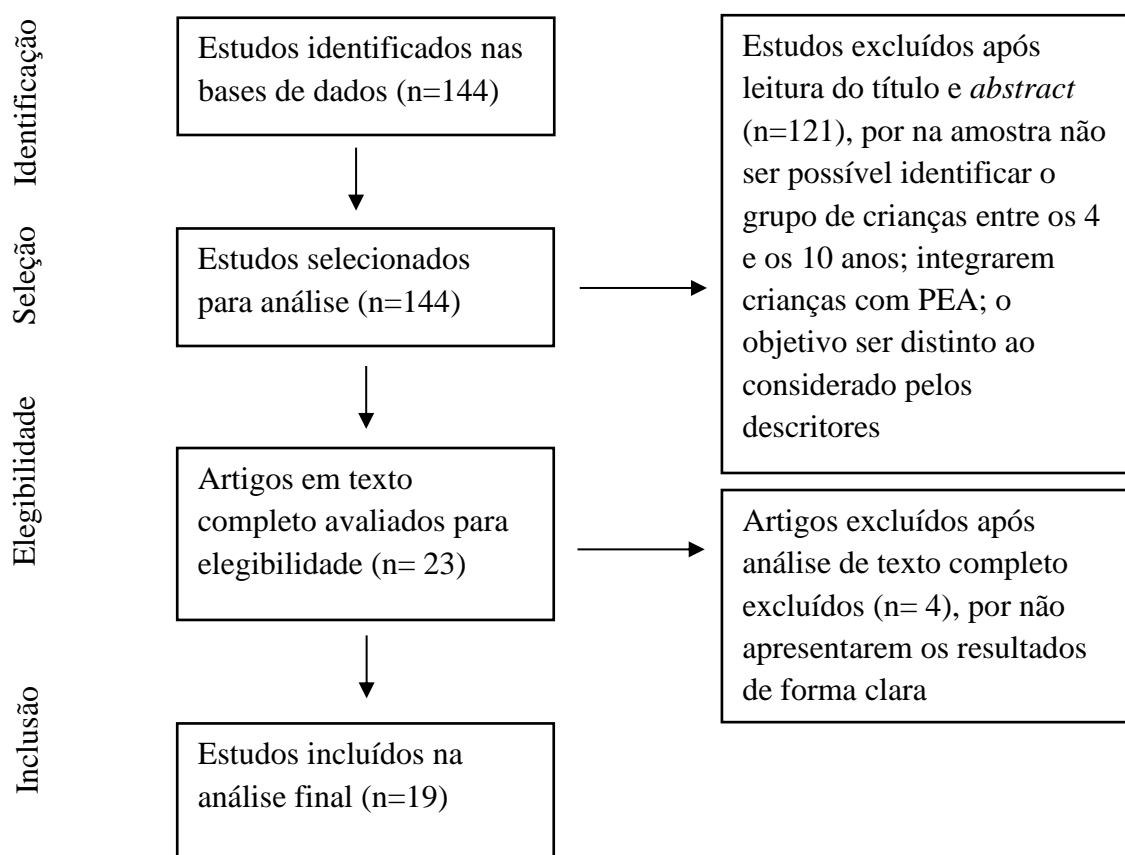


Figura 1. Fluorograma da pesquisa, como recomendado por PRISMA

Na Tabela 1 são apresentados os estudos analisados, considerando: o autor e data de publicação; os objetivos; a população e amostra; a metodologia e medidas; e os resultados.

Tabela 1. Análise dos estudos sobre os problemas comportamentais e emocionais em crianças nascidas prematuras

Autor e Ano	Objetivos	População e Amostra	Metodologia e Medidas	Resultados
Bora, Pritchard, Moor, Austin e Woodward (2011)	Identificar e comparar a prevalência de problemas emocionais e comportamentais aos 6 anos entre crianças nascidas muito prematuras e crianças nascidas de termo. Avaliar em cada grupo o grau de acordo entre os informadores (pais e professor).	Crianças com 6 anos: n=104 com IG≤33 semanas n=108 nascidas de termo	Estudo Quantitativo e Transversal <u>Medidas</u> SDQ – versão pais e professor	Maior prevalência de problemas emocionais e de falta de atenção/hiperatividade em crianças nascidas muito prematuras. Não se verificaram diferenças na prevalência de problemas de conduta, dificuldades na relação com os pares e comportamentos prosociais. Menor nível de acordo entre pais e professor no grupo de crianças nascidas muito prematuras.
Delobel-Ayoub et al. (2009)	Identificar e comparar a prevalência de problemas comportamentais e emocionais aos 5 anos entre crianças nascidas muito prematuras e crianças nascidas de termo. Verificar o efeito do desempenho cognitivo e da situação médica ou social da criança.	Crianças com 5 anos: n=1102 com 22<IG<32 semanas n= 375 com 39<IG<40 semanas	Estudo Quantitativo e Transversal <u>Medidas:</u> SDQ – versão pais K-ABC Consulta de registos médicos - tratamentos médicos e hospitalizações Exames médicos e relato parental - atraso no desenvolvimento/patologia neurológica; Questões estruturadas - bem-estar físico e mental	Maior prevalência de problemas de hiperatividade/falta de atenção problemas emocionais e problemas com os pares (mas não problemas de conduta) em crianças de 5 anos nascidas muito prematuras. Problemas de comportamento associados a baixo desempenho cognitivo, atraso no desenvolvimento, hospitalização da criança, idade materna jovem e pobre saúde mental materna.

Critério padrão - estatuto socioeconómico				
Dotinga et al. (2019)	Identificar e comparar a prevalência de problemas emocionais e comportamentais aos 7 anos entre crianças nascidas moderada e tardiamente prematuras, com crianças nascidas de termo. Analisar associações entre fatores ao longo do crescimento e problemas emocionais e comportamentais aos 7 anos.	Crianças com 1, 4 e 7 anos: n= 248 com $32 < IG \leq 35,9$ semanas	Estudo Quantitativo e Longitudinal (ao nascimento e aos 1, 4 e 7 anos) <u>Medidas</u> CBCL (aos 7 anos) SDQ – versão pais (aos 7 anos) Consulta de registos da avaliação do crescimento da criança – altura, peso, perímetro encefálico e tempo até atingir indicadores semelhantes a crianças nascidas de termo (ao nascimento e aos 1, 4 e 7 anos)	Maior prevalência de problemas emocionais e comportamentais em crianças nascidas moderada e tardiamente prematuras (consideradas no grupo de crianças nascidas prematuras) aos 7 anos. Não se verificam associações entre medidas do crescimento e problemas emocionais e comportamentais em crianças nascidas moderada e tardiamente prematuras, à exceção do risco superior de problemas de internalização em caso de maior crescimento ao nível da altura no 1º ano de vida.
Faleschini, Matte-Gagné, Côté, Tremblay e Boivin (2020)	Analisar a relação entre o tempo de gestação e a trajetória geral de desenvolvimento de problemas comportamentais (hiperatividade-impulsividade, falta de atenção, ansiedade-depressão e agressividade) dos 4 aos 10 anos, segundo o relato do cuidador principal e professor.	Crianças dos 4 aos 10 anos: n= 9 com $32 \leq IG \leq 33$ semanas n= 80 com $34 \leq IG \leq 36$ semanas n= 1841 com $37 \leq IG \leq 41$ semanas	Estudo Quantitativo e Longitudinal (dos 4 aos 10 anos) <u>Medidas:</u> SBQ – versão pais (aos 4, 5, 6 e 8 anos) e versão professor (aos 6, 7, 8 e 10 anos); Boletim de nascimento – tempo de gestação	Trajetória de problemas de comportamento dos 4 aos 10 anos caracterizada por maior prevalência de comportamentos de hiperatividade-impulsividade em crianças nascidas moderada e tardiamente prematuras (segundo relato do cuidador principal). Ausência de diferenças entre grupos relativamente a problemas de atenção, ansiedade-depressão e agressividade (segundo relato do cuidador principal e do professor). Os problemas de comportamento mantêm-se estáveis ao longo do tempo, em ambos os grupos.

				<p>Maior prevalência de problemas de agressividade, hiperatividade-impulsividade e de falta de atenção no sexo masculino.</p>
<p>Gerstein e Poehlman n-Tynan (2015)</p>	<p>Analisar as relações transacionais entre a percepção materna de stress, insensibilidade materna e o comportamento da criança entre os 16 meses e os 6 anos, em crianças nascidas prematuras.</p>	<p>Crianças com 16 meses, 24 meses, 36 meses e 6 anos: n=82 com IG<32 semanas n= 43 com 32<IG≤33 semanas n= 48 com 34<IG≤36 semanas</p>	<p>Estudo Quantitativo e Longitudinal (16 meses, 24 meses, 36 meses e 6 anos)</p> <p><u>Medidas:</u></p> <p>PDH (aos 24 meses, 36 meses e 6 anos);</p> <p>PCERA (aos 24 e 36 meses);</p> <p>CBCL (aos 16 meses e aos 6 anos);</p> <p>ABIQ (aos 36 meses);</p> <p>Realização de tarefa e sessão de jogo não estruturada – incumprimento perante pedidos maternos (aos 24 e 36 meses);</p> <p>Questionário sociodemográfico – estatuto socioeconómico;</p> <p>Consulta de registos médicos (saída da UCIN aos 36 meses) - Prematuridade, risco neonatal e saúde da criança.</p>	<p>Relação entre o stress parental aos 24 meses e os problemas de externalização aos 6 anos mediada pela insensibilidade materna aos 36 meses. Stress parental aos 36 meses diretamente associado ao incumprimento da criança aos 36 meses e ao comportamento de externalização aos 6 anos. Comportamentos de externalização aos 16 meses associados a mais comportamentos de externalização e stress parental aos 36 meses. Risco neonatal associado ao aumento da insensibilidade materna e à diminuição do stress parental aos 24 meses.</p> <p>Estatuto socioeconómico associado à insensibilidade materna aos 24 e 36 meses e ao comportamento de externalização aos 6 anos. Desempenho cognitivo associado à insensibilidade materna aos 24 meses.</p> <p>Intervenção anterior associada a menos comportamentos intrusivos aos 24 e 36 meses e menos comportamentos de oposição aos 36 meses. Hospitalização associada a menos stress parental aos 24 meses.</p>
<p>Hack et al. (2009)</p>	<p>Identificar e comparar a prevalência de problemas de comportamento e sintomatologia sugestiva de Perturbação do Espectro do Autismo e Síndrome de</p>	<p>Crianças com 8 anos: n=219 com PN<1000g n=176 com peso dentro dos valores normais</p>	<p>Estudo Quantitativo e Transversal</p> <p><u>Medidas:</u></p> <p>CSI-4;</p> <p>K-ABC;</p>	<p>Maior prevalência de problemas de comportamento, nomeadamente Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (especialmente défice de atenção), Perturbação de Ansiedade Generalizada, e de sintomas de Perturbações de Autismo e</p>

	Asperger aos 8 anos entre em crianças nascidas com extremo baixo peso e crianças nascidas com peso normal. Analisar associações com variáveis sociodemográficas e neonatais.		<i>The Woodcock Johnson Academic Skills Cluster</i> ; NEPSY; Exames físicos e neurológicos (características de saúde crónica); Recolha de dados sociodemográficos	Asperger em crianças nascidas com extremo baixo peso. Fatores de risco apontados: baixo estatuto socioeconómico (Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção); sexo masculino (Perturbação de Hiperatividade); estatuto socioeconómico e fatores de risco neonatal (Perturbações de Autismo e Asperger)
Helle et al. (2019)	Identificar e comparar a prevalência de sintomas de internalização entre crianças em idade pré-escolar nascidas com muito baixo peso e crianças nascidas com peso normal, segundo o relato de pais, da criança e professor. Analisar o grau de acordo entre os informadores (mãe, pais e professor) relativamente à manifestação de problemas de internalização. Identificar preditores dos sintomas de internalização.	Crianças entre 4.5 a 5 anos: n = 104 com PN<1500g n= 79 com PN>2500g	Estudo Quantitativo e Longitudinal (24 meses e 4.5-5 anos) <u>Medidas:</u> CBCL (12 e 24 meses e 4.5-5 anos); C-TRF (4.5-5 anos); BPI (4.5-5 anos); SCL-90-R (4.5-5 anos); GSI (4-6 semanas, 4.5-5 anos) <i>German Winkler-Index</i> (4-6 semanas) BSID-II (12 e 24 meses)	Maior prevalência de problemas de internalização em crianças nascidas com muito baixo peso (relato parental). Não se verificam diferenças significativas entre os grupos, segundo o relato do professor e da criança. Identificados como preditores: sofrimento psicológico materno pós-parto (mãe); sofrimento psicológico paterno pós-parto e atual (pai); estatuto socioeconómico (professor).
Hornman, de Winter, Kersjens, Bos e	Identificar e comparar a prevalência de problemas comportamentais e emocionais entre crianças nascidas prematuras e crianças nascidas de termo,	Crianças com 4 e 5 anos: N= 401 com 25≤IG≤31 semanas	Estudo Quantitativo e Longitudinal (4 e 5 anos) <u>Medidas:</u> CBCL (aos 4 e 5 anos);	Maior prevalência de problemas emocionais e comportamentais aos 5 anos em crianças nascidas muito e moderadamente prematuras. Maior prevalência de problemas comportamentais e emocionais que surgem e

Reijnevel d, (2016)	antes da entrada na escola e 1 ano após a entrada na escola. Analisar a variação da estabilidade de problemas comportamentais e emocionais no grupo de crianças nascidas prematuras.	n= 663 com $32 \leq IG \leq 35$ semanas, n=653) n= 389 com $38 < IG < 42$ semanas	Questionário sociodemográfico (entre os 43 e os 49 meses) - Características perinatais e familiares	persistem aos 5 anos em crianças nascidas muito prematuras e maior prevalência de problemas emocionais e comportamentais que deixam de estar presentes aos 5 anos em crianças nascidas moderadamente prematuras.
Jones, Champio n e Woodwar d (2013)	Comparar a competência social (comportamentos de internalização e externalização, regulação emocional, comportamento social interativo e o desenvolvimento da teoria da mente) aos 4 anos entre crianças nascidas prematuras e crianças nascidas de termo. Analisar fatores preditores, nomeadamente, características neonatais, contexto social e funcionamento familiar.	Crianças com 2 e 4 anos: n= 43 com $IG < 28$ semanas n= 60 com $IG \leq 32$ semanas n= 105 com $IG > 36$ semanas	Estudo Quantitativo e Longitudinal (2 e 4 anos) <u>Medidas:</u> WPPSI-R (aos 4 anos); SDQ – versão pais (aos 4 anos); BRIEF-P (aos 4 anos); Escala de regulação emocional adaptada da ERC (aos 4 anos); ITSC (aos 4 anos); Escala de observação adaptada da subescala de regulação emocional da BSID-II (aos 2 e 4 anos) PIPPS (aos 4 anos); Tarefas das crenças falsas (aos 4 anos) - desenvolvimento da teoria da mente; <i>Elly-Irving Socio-Economic Index;</i> <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (aos 2 e aos 4 anos);	Maior prevalência de problemas de hiperatividade/falta de atenção e emocionais, mas não de problemas de conduta, em crianças com 4 anos nascidas prematuras. Identificados preditores de baixas competências sociais em crianças nascidas prematuras: nível socioeconómico, tempo de gestação, gravidade das anomalias cerebrais da substância branca; exposição a elevados níveis de ansiedade materna e parentalidade negativa na primeira infância.

<p>Tarefas de resolução de problemas (aos 4 anos) – interação pai-criança</p> <p>Consulta de registos médicos – características clínicas da criança</p> <p>Recolha de dados acerca das características familiares.</p>				
Morales, Polizzi, Sullioti, Mascolino e Perricone (2013)	Identificar e comparar a prevalência de percursos precoces da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em idade pré-escolar entre crianças nascidas muito e moderadamente prematuras e crianças nascidas de termo.	<p>Crianças com 5 anos:</p> <p>n= 25 com IG<32 semanas e 1500<PN<2500g</p> <p>n= 35 com IG<35 semanas e 1500<PN<2500g</p> <p>n= 60 com 39<IG<41 semanas e PN>2500g</p>	<p>Estudo Quantitativo e Transversal</p> <p><u>Medidas:</u> IPDDAG <i>Scale</i></p>	<p>Maior prevalência de problemas de hiperatividade/impulsividade e de falta de atenção em crianças nascidas muito prematuras, comparativamente com crianças nascidas moderadamente prematuras e de termo.</p>
Pérez-Pereira e Baños (2019)	Identificar e comparar a prevalência de problemas comportamentais aos 5 anos entre crianças nascidas prematuras de baixo risco e crianças nascidas de termo. Analisar fatores preditores neonatais e contextuais (com especial atenção para	<p>Crianças com 5 anos:</p> <p>n= 108 com 25<IG<36 semanas</p> <p>n=33 nascidas de termo</p>	<p>Estudo Quantitativo e Transversal</p> <p><u>Medidas:</u> CBCL; PSI-SF; CES-D; Entrevista materna - características sociodemográficas e de saúde</p>	<p>Não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos relativamente a problemas gerais de internalização e externalização (ansiedade, atenção ou agressividade). Stress materno é um forte preditor dos problemas de comportamento.</p>

	o stress parental e a depressão materna).			
Potharst et al. (2015)	Identificar e comparar a prevalência de problemas de internalização e externalização aos 5 anos entre crianças nascidas muito prematuras e crianças nascidas de termo. Analisar a percepção materna e paterna de vulnerabilidade da criança como fatores de risco independentes para os problemas comportamentais em crianças nascidas muito prematuras e de termo. Analisar a associação entre problemas de comportamento e características sociodemográficas, fatores de risco perinatal, vulnerabilidade médica da criança, características do desenvolvimento e sofrimento psicológico parental, segundo o relato dos pais e professor. Verificar se a associação entre a percepção parental de vulnerabilidade da criança e os problemas de	Crianças nascidas com 5 anos: n=104 com IG<30 semanas e/ou PN<1000g n= 95 nascidas de termo	Estudo Quantitativo e Transversal <u>Medidas:</u> SDQ – versão pais e professor; CVS; POMS; PSI; WPPSI; M-ABC-2; Avaliação neurológica de Touwen - Funcionamento neurológico Critério padrão – educação parental Consulta de registos médicos e questionário parental – características médicas e perinatais	Maior prevalência de problemas de internalização e externalização em crianças nascidas muito prematuras. Identificados como fatores de risco para problemas de comportamento: baixa/moderada educação parental, idade gestacional mais baixa, stress parental (pais); baixa/moderada educação parental, pais com origem internacional, restrição do crescimento intrauterino e vulnerabilidades objetivas da criança (professor). Percepção materna de vulnerabilidade da criança identificada como fator de risco para problemas de comportamento especificamente em crianças nascidas muito prematuras (com ou sem vulnerabilidades médicas ou no desenvolvimento).

	comportamento é moderada por vulnerabilidades perinatais, médicas ou no desenvolvimento.			
Reijnevel d et al. (2006)	Identificar e comparar a prevalência de problemas comportamentais e emocionais aos 5 anos entre crianças nascidas muito prematuras e/ou com muito baixo peso à nascença e crianças nascidas de termo. Avaliar a associação com problemas gerais de desenvolvimento.	Crianças nascidas com 5 anos: n= 431 com IG<32 semanas e/ou PN<1500g n= 6007 nascidas de termo	Estudo Quantitativo e Transversal <u>Medidas:</u> CBCL; Avaliação pediátrica - Características do desenvolvimento	<p>Maior prevalência de problemas emocionais e comportamentais em crianças nascidas prematuras e/ou com muito baixo peso à nascença. De entre os problemas verificou-se maior prevalência de problemas de externalização e atenção.</p> <p>Maior prevalência de problemas de externalização no sexo masculino e maior prevalência de problemas de internalização no sexo feminino.</p> <p>Maior prevalência de problemas emocionais e comportamentais em crianças nascidas muito prematuras com diagnóstico de problemas de desenvolvimento.</p>
Scott et al. (2012)	Identificar e comparar a prevalência de perturbações de comportamento no primeiro ano de escolaridade entre crianças nascidas extremamente prematuras ou com extremo baixo peso à nascença e crianças nascidas com peso normal, segundo o relato de pais e professor. Analisar fatores de risco, nomeadamente défice nas capacidades cognitivas e	Crianças no primeiro ano escolar: n=148 com IG<28 semanas ou PN<1000g n=111 nascidas de termo e com peso normal à nascença	Estudo Quantitativo e Transversal <u>Medidas:</u> CBCL; TRF; BRIEF – pais e professor; SSBS-2; P-ChIPS; <i>Woodcock Johnson Tests of Cognitive Abilities;</i> <i>Shape School Task;</i> <i>Preschool Trails Test-Revised;</i> <i>Test of Inhibition and Attention;</i> <i>Nebraska Barnyard Task</i>	<p>Pais relatam maior prevalência de perturbação de hiperatividade e défice de atenção em crianças nascidas extremamente prematuras. Professor relata maior prevalência de perturbações de atenção, autorregulação do comportamento e funcionamento social em crianças nascidas extremamente prematuras, comparativamente com crianças nascidas de termo. Maior prevalência de problemas de comportamento no sexo masculino que no sexo feminino. Perturbação de hiperatividade e défice de atenção associado a défices nas funções executivas.</p>

	déficite nas funções executivas.			
Treyvaud et al. (2012)	Identificar e comparar a prevalência de problemas socioemocionais aos 5 anos entre crianças nascidas muito prematuras e crianças nascidas de termo. Analisar se as dificuldades socioemocionais aos 2 anos são preditoras de problemas socioemocionais aos 5 anos em crianças nascidas muito prematuras e crianças nascidas de termo, com o controlo do desenvolvimento cognitivo e risco social. Identificar as diferenças no desenvolvimento socioemocional aos 2 e aos 5 anos entre as crianças nascidas muito prematuras e nascidas de termo.	Crianças com 2 e 5 anos: n=170 com IG<30 semanas e PN<1250g e n=64 com IG>36 semanas	Estudo Quantitativo e Longitudinal (2 e 5 anos) <u>Medidas:</u> ITSEA (aos 2 anos); SDQ – versão pais (aos 5 anos); K-SEALS (2 aos 5 anos); K-BIT (2 aos 5 anos); Medida compósita do risco social no contexto familiar (aos 2 anos) - estrutura familiar, nível de educação do cuidador principal, estatuto profissional, idioma falado em casa e idade materna no nascimento da criança	Maior prevalência de problemas emocionais, de hiperatividade/falta de atenção e com os pares em crianças nascidas muito prematuras, mas não problemas de conduta aos 5 anos. Dificuldades de internalização aos 2 anos predizem níveis mais elevados de sintomas emocionais aos 5 anos; dificuldades de externalização aos 2 anos predizem níveis mais elevados de problemas de conduta aos 5 anos e níveis elevados de hiperatividade/falta de atenção aos 5 anos. O efeito preditivo dos problemas socioemocionais aos 2 anos nos problemas socioemocionais aos 5 anos é semelhante para ambos os grupos.
Treyvaud et al., (2013)	Identificar e comparar a prevalência de perturbações psiquiátricas aos 7 anos entre crianças nascidas muito prematuras e crianças nascidas de termo.	Crianças com 2, 5 e 7 anos: n=177 com IG<30 semanas e PN<1250g e n=65 com IG>36 semanas	Estudo Quantitativo e Longitudinal (2, 5 e 7 anos) <u>Medidas:</u> ITSEA (aos 2 anos); SDQ – versão pais (aos 5 anos); DAWBA (aos 7 anos);	Maior prevalência de critérios para qualquer diagnóstico psiquiátrico aos 7 anos em crianças nascidas muito prematuras. De entre os diagnósticos, destacam-se como principais: Perturbações de Ansiedade, Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção e Perturbação do Espectro do Autismo.

	Analisar possíveis preditores para diagnósticos psiquiátricos.		WASI (aos 7 anos); Medida compósita de risco social no contexto familiar (aos 7 anos) – estrutura familiar, nível de educação do cuidador principal, estatuto profissional, idioma falado em casa e idade materna no nascimento da criança	Identificados principais preditores: anormalidades cerebrais graves, problemas socioemocionais aos 5 anos e risco social aos 7 anos.
van Baar, Vermaas, Knots, de Kleine e Soons (2009)	Comparar o funcionamento socioemocional e o desempenho cognitivo dos 7 aos 9 anos entre crianças nascidas moderadamente prematuras e crianças nascidas de termo. Analisar fatores preditores, nomeadamente o tempo de gestação, peso à nascença, tempo de hospitalização, hipoglicemia, necessidade de oxigénio e fototerapia.	Crianças entre o 7 e os 9 anos: N=377 com 32<IG<36 semanas N=182 com IG≥37 semanas	Estudo Quantitativo e Transversal <u>Medidas:</u> CBCL – pai e mãe; TRF; <i>The Revised Amsterdam Children's Intelligence Test;</i> <i>The Bourdon-Vos test;</i> <i>Anxiety Deficit Hyperactivity Disorder-VragenLijst</i> Questionário Sociodemográfico - situação escolar, circunstâncias familiares e estilo de vida durante a gravidez; Consulta de registos médicos e questionário parental - características neonatais	Maior prevalência de problemas de comportamento (principalmente problemas de internalização) e mais características da perturbação de hiperatividade e défice de atenção (principalmente défice de atenção) em crianças nascidas prematuras. A perceção da mãe, do pai e do professor difere em relação aos domínios dos problemas de comportamento e hiperatividade e défice de atenção que se manifestam com maior incidência. Não se verificaram diferenças clinicamente significativas relativamente ao desempenho cognitivo. Tempo de gestação apontado como fator preditor para problemas de comportamento. Tempo de hospitalização associado a maior necessidade de educação especial.
Westrupp, Mensah, Giallo, Cooklin e Nicholson (2012)	Identificar e comparar a prevalência de problemas de saúde mental dos 4 aos 5 anos entre crianças nascidas com baixo a moderado risco	Crianças entre 3 e 19 meses, 2 e 3 anos, 4 e 5 anos n=354 com 33<IG<36	Estudo Quantitativo e Longitudinal (3-19 meses, 2-3 anos e 4-5 anos) <u>Medidas:</u>	Maior prevalência de dificuldades emocionais em crianças com baixo a moderado risco perinatal. Não se verificaram diferenças nas práticas parentais entre os dois grupos, à exceção da maior manifestação de irritabilidade parental

	perinatal e nascidas de termo saudáveis. Analisar diferenças nas práticas parentais entre os dois grupos. Analisar se as diferenças nas práticas parentais são responsáveis pelas diferenças nos problemas de saúde mental entre os grupos.	semanas, 1501g<PN<2499g ou nascidas entre o primeiro e o décimo percentil para a idade gestacional	SDQ – versão pais (aos 4 aos 5 anos); <i>Maternal separation anxiety scale</i> (3 aos 19 meses); Itens estruturados – irritabilidade parental, afeto parental, autoeficácia parental (3 aos 19 meses e dos 2 aos 3 anos) e parentalidade sobreprotetora (2 aos 3 anos) Itens estruturados e entrevista materna (3 aos 19 meses, 2 aos 3 anos e 4 aos 5 anos) – contexto social, características da criança e características maternas.	no 1º ano de vida em crianças com baixo a moderado risco perinatal.
Woodward et al. (2009)	Identificar e comparar o risco de comprometimento neuromotor, cognitivo, linguístico, emocional/comportamental aos 4 anos entre crianças nascidas extremamente prematuras, muito prematuras e de termo. Analisar a relação entre o tempo de gestação e o risco posterior de comprometimento em vários domínios do neurodesenvolvimento (funcionamento neuromotor, cognição, linguagem,	Crianças com 2 e 4 anos: N=43 com 23<IG<27 semanas N=62 com 28<IG<33 semanas n=107 nascidas de termo	Estudo Quantitativo e Longitudinal (nascimento, 2 e 4 anos) <u>Medidas:</u> SDQ – versão pais (4 anos); WPPSI-R (4 anos); CELF-P (4 anos); Avaliação pediátrica e critérios padrão - funcionamento neuromotor (4 anos); Consulta de registos médicos e entrevistas parentais (nascimento, 2 e 4 anos) - Características pré-natais, perinatais e pós-natais;	Maior risco de paralisia cerebral, atraso cognitivo e da linguagem e problemas comportamentais/emocionais em crianças nascidas extremamente e muito prematuras. Maior prevalência problemas de hiperatividade/falta de atenção, problemas com os pares e problemas emocionais em crianças nascidas prematuras (especialmente em extremamente prematuras). Crianças nascidas extremamente e muito prematuras apresentam maior risco de comprometimento em vários domínios do neurodesenvolvimento.

ajustamento
emocional/comportamental)

Nota. IG, Idade Gestacional; SDQ, Strengths and Difficulties Questionnaire; K-ABC, Kaufman Assessment Battery for Children; CBCL, Child Behavior Checklist; SBQ, Social Behavior Questionnaire; PDH, Parenting Daily Hassles Scale; PCERA, Parent Child Early Relational Assessment; ABIQ, Abbreviated Battery Intelligence Quotient scale (Stanford-Binet Intelligence Scales, 5th edition); UCIN, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; PN, Peso à Nascimento; CSI-4, Parent Child Symptom Inventory; NEPSY, Developmental Neuropsychological Assessment; C-TRF, Caregiver-Teacher Report Form; BPI, Berkeley Puppet Interview; SCL-90-R, Symptom Checklist; GSI, Global severity index; BSID-II, Bayley Scales of Infant Development-Second Edition; WPPSI-R, Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence Revised; BRIEF-P, Behavioral Rating Inventory of Executive Function-Preschool version; ERC, Emotional Regulation Checklist; ITSC, Infant-Toddler Symptom Checklist; PIPPS, Penn Interactive Peer Play Scale; IPDDAG Scale, Attention Deficit Hyperactivity Disorder Early Detection for Parents Scale; PSI-SF, Parental Stress Index Short Form; CES-D, Maternal Depression Scale; CVS, Child Vulnerability Scale; POMS, Profile of Mood States; PSI, Parental Stress Index; WPPSI, Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence; M-ABC-2, Movement Assessment Battery for Children Second Edition; TRF, Teacher Report Form; BRIEF, Behavioral Rating Inventory of Executive Function; SSBS-2, School Social Behavior Scales second edition; P-ChIPS, Children's Interview for Psychiatric Syndromes-Parent Form; DAWBA, Development and Well-Being Assessment; ITSEA, Infant-Toddler Social and Emotional Assessment; K-SEALS, Kaufman Survey of Early Academic and Language Skills; K-BIT, Kaufman Brief Intelligence Test-Second Edition; WASI, Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence; CELF-P, Clinical Evaluation of Language Fundamentals test.

Características dos Estudos

No total foram analisados 19 artigos que cumpriram os critérios de inclusão.

Os estudos incluídos na amostra foram publicados entre 2006 e 2020.

Quanto à **tipologia**, todos os artigos analisados dizem respeito a estudos com metodologia quantitativa, sendo 9 estudos transversais (Bora et al., 2011; Delobel-Ayoub et al., 2009; Hack et al., 2009; Morales et al., 2013; Pérez-Pereira & Baños, 2019; Potharst et al., 2015; Reijneveld et al., 2006; Scott et al., 2012; van Baar et al., 2009;) e 10 estudos longitudinais (Dotinga et al., 2019; Faleschini et al., 2020; Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015; Helle et al., 2019; Hornman et al., 2016; Jones et al., 2013; Treyvaud et al., 2012; Treyvaud et al., 2013; Westrupp et al., 2012; Woodward et al., 2009). Dos estudos longitudinais, 5 estudos apresentaram uma análise transversal das medidas estudadas (Dotinga et al., 2019; Jones et al., 2013; Treyvaud et al., 2012; Treyvaud et al., 2013; Woodward et al., 2009).

Quanto aos **objetivos**, todos os estudos analisados, à exceção de um estudo longitudinal (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015), tiveram como objetivo a identificação de problemas emocionais e de comportamento em crianças nascidas prematuras e a análise da prevalência destes problemas considerando o tempo de gestação.

Dois estudos transversais tiveram como objetivo adicional a identificação de sintomatologia sugestiva de PEA (Hack et al., 2009) e a análise do desempenho cognitivo (van Baar et al., 2009).

Dois estudos, um transversal e outro longitudinal, definiram como um dos objetivos avaliar o grau de acordo entre informantes, nomeadamente pais e professor (Bora et al., 2011) e pais, professor e criança (Helle et al., 2019) relativamente à manifestação de problemas emocionais e comportamentais.

Além do objetivo da identificação de problemas de comportamento, 14 estudos incluíram a exploração de fatores de risco associados a esses problemas, tendo sido apontados por 7 estudos transversais os seguintes fatores a analisar: desempenho cognitivo (Delobel-Ayoub et al., 2009; Scott et al., 2012); parâmetros médicos/neonatais (Delobel-Ayoub et al., 2009; Hack et al., 2009; Pérez-Pereira & Baños, 2019; Potharst et al., 2015; van Baar et al., 2009); características sociodemográficas (Delobel-Ayoub et al., 2009; Hack et al., 2009; Potharst et al., 2015); *stress* parental (Pérez-Pereira & Baños, 2019); depressão materna (Pérez-Pereira & Baños, 2019); percepção parental de vulnerabilidade da criança (Potharst et al., 2015); fatores de risco perinatal (Potharst et al., 2015); características do desenvolvimento (Potharst et al., 2015; Reijneveld et al., 2006); sofrimento parental (Potharst et al., 2015); e desempenho

das funções executivas (Scott et al., 2012). Também 3 estudos longitudinais identificaram possíveis fatores específicos a avaliar, nomeadamente: fatores ao longo do crescimento (Dotinga et al., 2019); características médicas da criança no momento do nascimento (Jones et al., 2013); fatores sociais (Jones et al., 2013); fatores familiares (Jones et al., 2013); e dificuldades socioemocionais aos 2 anos (Treyvaud et al., 2012).

Relativamente aos estudos longitudinais, além dos objetivos mencionados verifica-se ainda que: 2 estudos tiveram como um dos objetivos analisar a trajetória de desenvolvimento dos problemas num determinado período de tempo (Faleschini et al., 2020; Hornman et al., 2016); 1 estudo teve como objetivo analisar as relações entre a percepção materna de stress, a insensibilidade materna e o comportamento da crianças entre os 16 meses e os 6 anos (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015); 1 estudo teve como um dos objetivos a comparação da competência social, nomeadamente os comportamentos de internalização e externalização, a regulação emocional, o comportamento social interativo (com os pais e os pares) e o desenvolvimento da teoria da mente, entre crianças nascidas prematuras e de termo (Jones et al., 2013); 1 estudo teve como um dos objetivos analisar a diferença de práticas parentais entre crianças nascidas com baixo a moderado risco e nascidas de termo e analisar se essas diferenças são responsáveis pelas diferenças nos problemas de saúde mental (Westrupp et al., 2012); e 1 estudo longitudinal teve como objetivo identificar e comparar o risco de comprometimento neuromotor, cognitivo, linguístico, emocional/comportamental e analisar a relação entre o tempo de gestação e o risco posterior de comprometimento em vários domínios do neurodesenvolvimento (Woodward et al., 2009).

Quanto à **população e amostra**, como se observa na Tabela 1, 7 estudos incluíram crianças de uma faixa etária específica, nomeadamente crianças com 5 anos (Delobel-Ayoub et al., 2009; Morales et al., 2013; Pérez-Pereira & Baños, 2019; Potharst et al., 2015; Reijmeveld et al., 2006), 6 anos (Bora et al., 2011) e 8 anos (Hack et al., 2009); e 2 estudos incluíram crianças de faixas etárias diferentes, nomeadamente crianças entre os 7 e os 9 anos (van Baar et al., 2009) e no primeiro ano de escolaridade (Scott et al., 2012). Além disso, 10 estudos procederam à recolha dos dados em diferentes momentos, nomeadamente, 1 estudo recolheu os dados após o nascimento e aos 1, 4 e 7 anos (Dotinga et al., 2019); 1 estudo recolheu entre os 4 e os 10 anos (Faleschini et al., 2020); 1 estudos recolheu aos 16 meses, 24 meses, 36 meses e 6 anos (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015); 1 estudo recolheu aos 24 meses e entre os 4.5 e os 5 anos (Helle et al., 2019); 1 estudo recolheu aos 4 e 5 anos (Hornman et al., 2016), 1 estudo recolheu aos 2 e 4 anos (Jones et al., 2013), 1 estudo recolheu aos 2 e 5 anos (Treyvaud et al., 2012), 1 estudo recolheu aos 2, 5 e 7 anos (Treyvaud et al., 2013); 1 estudo recolheu

entre os 3 e 19 meses, entre os 2 e 3 anos e entre os 4 e 5 anos (Westrupp et al., 2012); e 1 estudo recolheu após o nascimento, aos 2 e aos 4 anos (Woodward et al., 2009).

Relativamente às **características da prematuridade** da população, nomeadamente o tempo de gestação, verifica-se que: 3 estudos incluíram crianças nascidas muito prematuras¹ e de termo (Reijneved et al., 2006; Treyvaud et al., 2012; Treyvaud et al., 2013); 2 estudos incluíram crianças nascidas muito prematuras¹ e de termo (Bora et al., 2011; Delobel-Ayoub et al., 2009); 2 estudos incluíram crianças nascidas muito prematuras¹, moderadamente prematuras e de termo (Hornman et al., 2016; Morales et al., 2013); 2 estudos incluem na amostra crianças nascidas extremamente prematuras, muito prematuras e de termo (Jones et al., 2013; Woodward et al., 2009); 2 estudos incluíram crianças nascidas prematuras e de termo (Pérez-Pereira & Baños, 2019²; Potharst et al., 2015¹); 1 estudo incluiu crianças nascidas moderada e tardiamente prematuras (Dotinga et al., 2019); 1 estudo incluiu crianças nascidas moderadamente prematuras, tardiamente prematuras e de termo (Faleschini et al., 2020); 1 estudo incluiu crianças nascidas muito prematuras¹, moderadamente prematuras e tardiamente prematuras (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015); 1 estudo incluiu crianças nascidas extremamente prematuras e de termo (Scott et al., 2012); e 1 estudo incluiu crianças nascidas moderadamente prematuras³ e de termo (van Baar et al., 2009). Além disso, 1 estudo incluiu crianças nascidas com baixo a moderado risco perinatal (Westrupp et al., 2012), consideradas nascidas moderada e tardiamente prematuras, tendo em conta a classificação da OMS.

Também relativamente às características da prematuridade, alguns estudos consideraram diferentes intervalos de peso à nascença na sua amostra: 2 estudos incluíram crianças nascidas com extremo baixo peso e com peso normal (Hack et al., 2009; Scott et al., 2012); 2 estudos incluíram crianças nascidas com muito baixo peso⁴ e peso normal (Helle et al., 2019; Reijneveld et al., 2006); e 1 estudo incluiu crianças nascidas com baixo peso e peso normal (Morales et al., 2013).

¹ segundo a classificação da OMS, tendo em conta o tempo de gestação considerado na amostra, esta engloba crianças nascidas extremamente prematuras e muito prematuras.

² segundo a classificação da OMS, tendo em conta o tempo de gestação considerado na amostra, esta engloba crianças nascidas extremamente prematuras, muito prematuras, moderadamente prematuras e tardiamente prematuras.

³ segundo a classificação da OMS, tendo em conta o tempo de gestação considerado na amostra, esta engloba crianças nascidas moderada e tardiamente prematuras.

⁴ segundo a classificação da OMS, tendo em conta o peso à nascença considerado na amostra, esta engloba crianças nascidas com extremo baixo peso e muito baixo peso

Quanto aos **instrumentos de recolha de dados** utilizados para a análise de problemas emocionais e comportamentais, 8 estudos incluíram a *Child Behavior Checklist* (Dotinga et al., 2019; Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015; Helle et al., 2019; Hornman et al., 2016; Pérez-Pereira & Baños, 2019; Reijneveld et al., 2006; Scott et al., 2012; van Baar et al., 2009); 8 estudos utilizaram o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Bora et al., 2011; Delobel-Ayoub et al., 2009; Dotinga et al., 2019; Jones et al., 2013; Potharst et al., 2015; Treyvaud et al., 2012; Westrupp et al., 2012; Woodward et al., 2009); 2 estudos utilizaram o *Teacher Report Form* (Scott et al., 2012; van Baar et al., 2009); 2 estudos utilizaram o *Behavioral Rating Inventory of Executive Function* (Jones et al., 2013; Scott et al., 2012); 1 estudo utilizou o *Social Behavior Questionnaire* (Faleschini et al., 2020); 1 estudo utilizou o *Parent Child Symptom Inventory* (Hack et al., 2009); 1 estudo utilizou a *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Early Detection for Parents Scale* (Morales et al., 2013); 1 estudo utilizou a *Children's Interview for Psychiatric Syndromes - Parent Form* (Scott et al., 2012); 1 estudo utilizou a *School Social Behavior Scales – second edition* (Scott et al., 2012); 1 estudo utilizou o *Anxiety Deficit Hyperactivity Disorder – VragenLijst* (van Baar et al., 2009); 1 estudo utilizou o *Caregiver-Teacher Report Form* (Helle et al., 2019); e 1 estudo utilizou o *Berkeley Puppet Interview* (Helle et al., 2019).

Relativamente aos instrumentos de recolha de dados utilizados na avaliação de fatores de risco para problemas comportamentais e emocionais associados à criança, 2 estudos utilizaram o *Kaufman Assessment Battery for Children* (Delobel-Ayoub et al., 2009; Hack et al., 2009); 2 estudos utilizaram a *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence* (Jones et al., 2013; Potharst et al., 2015); 1 estudo utilizou o *Abbreviated Battery Intelligence Quotient Scale* (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015); 1 estudo utilizou *Child Vulnerability Scale* (Potharst et al., 2015); 1 estudo utilizou a *Movement Assessment Battery for Children Second Edition* (Potharst et al., 2015); 1 estudo utilizou o *Woodcock Johnson Tests of Cognitive Abilities* (Scott et al., 2012); 1 estudo utilizou a *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence* (Treyvaud et al., 2013); 1 estudo utilizou a *Shape School Task* (Scott et al., 2012); 1 estudo utilizou o *Preschool Trails Test-Revised* (Scott et al., 2012); 1 estudo utilizou o *Test of Inhibition and Attention* (Scott et al., 2012); 1 estudo utilizou a *Nebraska Barnyard Task* (Scott et al., 2012); 1 estudo utilizou a *Bayley Scales of Infant Development-Second Edition* (Helle et al., 2019); 1 estudo utilizou o *The Woodcock Johnson Academic Skills Cluster* (Hack et al., 2009); 1 estudo utilizou o *Developmental Neuropsychological Assessment* (Hack et al., 2009); e 2 estudos utilizaram o *Development and Well-Being Assessment* (Treyvaud et al., 2012;

Treyvaud et al., 2013); 1 estudo utilizou o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Treyvaud et al., 2013); e 1 estudo utilizou o *The Bourdon-Vos Test* (van Baar et al., 2009).

Em relação aos instrumentos de recolha de dados utilizados na avaliação de fatores de risco de problemas comportamentais e emocionais associados aos pais, 1 estudo utilizou o *Symptom Checklist* (Helle et al., 2019); 1 estudo utilizou o *Parenting Daily Hassles Scale* (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015); 1 estudo utilizou o *Parent Child Early Relational Assessment* (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015); 1 estudo utilizou o *Global Severity Index* (Helle et al., 2019); 1 estudo utilizou a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Jones et al., 2013); 1 estudo utilizou o *Parental Stress Index – Short Form* (Pérez-Pereira & Baños, 2019); 1 estudo utilizou o *Parental Stress Index* (Potharst et al., 2015); 1 estudo utilizou a *Maternal Depression Scale* (Pérez-Pereira & Baños, 2019); 1 estudo utilizou o *Profile of Mood States* (Potharst et al., 2015); 1 estudo utilizou a *Maternal Separation Anxiety Scale* (Westrupp et al., 2012).

Em relação aos instrumentos de recolha de dados utilizados na avaliação de fatores de risco de problemas comportamentais e emocionais associados ao contexto, 1 estudo utilizou o German Winkler-Index (Helle et al., 2019) e 1 estudo utilizou o *Elly-Irving Socio-Economic Index* (Jones et al., 2013).

Além disso, para avaliação dos fatores de risco, 6 estudos consultaram registos médicos (Delobel-Ayoub et al., 2009; Dotinga et al., 2019; Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015; Jones et al., 2013; Potharst et al., 2015; van Baar et al., 2009); 6 estudos recolheram informação junto da figura parental (Delobel-Ayoub et al., 2009; Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015; Pérez-Pereira & Baños, 2019; Potharst et al., 2015; van Baar et al., 2009; Westrupp et al., 2012); em 2 estudos foi necessária a realização de exames médicos (Delobel-Ayoub et al., 2009; Hack et al., 2009); em 1 estudo foi necessária a realização da avaliação neurológica de *Touwen* (Potharst et al., 2015); em 1 estudo foi necessária a participação num procedimento estruturado de interação pai-criança que envolveu a resolução de 3 tarefas (Jones et al., 2013); em 1 estudo foi necessária a realização de uma tarefa e sessão de jogo não estruturada (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015); e em 1 estudo foi necessária a realização de avaliação pediátrica (Reijneveld et al., 2006).

Além da avaliação dos fatores de risco, 4 estudos avaliaram outras áreas específicas, nomeadamente a manifestação de PEA através do *Parent Child Symptom Inventory* (Hack et al., 2009); o desempenho cognitivo através do *The Revised Amsterdam Children's Intelligence Test* (van Baar et al., 2009); a regulação emocional através de uma escala de regulação emocional adaptada da *Emotional Regulation Checklist*, da *Infant-Toddler Symptom Checklist*

e de uma escala de observação adaptada da subescala de regulação emocional da *Bayley Scales of Infant Development-Second Edition* (Jones et al., 2013); o comportamento social interativo através da *Penn Interactive Peer Play Scale* (Jones et al., 2013); o desenvolvimento da teoria da mente, através da resolução de tarefas das crenças falsas (Jones et al., 2013); e diversas áreas do neurodesenvolvimento, através do *Weschler Preschool and Primary Scale of Intelligence*, *Clinical Evaluation of Language Fundamentals Test*, avaliação pediátrica, consulta de registos médicos e entrevistas parentais (Woodward et al., 2009).

Prevalência de problemas emocionais e de comportamento

Relativamente à **prevalência** de problemas emocionais e de comportamento, 9 dos 19 estudos analisados verificaram, de uma forma geral, maior prevalência destes problemas em crianças nascidas prematuras (incluindo extremamente prematuras, muito prematuras, moderadamente prematuras e tardiamente prematuras), comparativamente com crianças nascidas de termo (Dotinga et al., 2019; Hack et al., 2009; Hornman et al., 2016; Potharst et al., 2015; Reijneveld et al., 2006; Scott et al., 2012; Treyvaud et al., 2013; van Baar et al., 2009; Woodward et al., 2009). Contudo, um estudo não verificou a presença de diferenças entre crianças nascidas prematuras (de baixo risco) e crianças nascidas de termo, relativamente à prevalência de problemas de internalização e de externalização (Pérez-Pereira & Baños, 2019).

Considerando **diferenças no grupo de crianças nascidas prematuras**, 5 estudos verificaram maior prevalência de problemas emocionais e comportamentais em crianças nascidas com menor idade gestacional (Jones et al., 2013; Hornman et al., 2016; Morales et al., 2013; Potharst et al., 2015; Woodward et al., 2009).

Relativamente às **diferenças em relação ao tipo de problemas manifestados**, 4 estudos verificaram não existir diferenças entre grupos na prevalência de problemas de conduta, verificando apenas uma maior prevalência, em crianças nascidas prematuras, de problemas emocionais e de problemas de atenção e hiperatividade (Bora et al., 2011; Delobel-Ayoun et al., 2009; Jones et al., 2013; Treyvaud et al., 2012); 1 estudo verificou a ausência de diferenças entre grupos na prevalência de problemas de atenção, ansiedade/depressão e agressividade, verificando apenas uma maior prevalência de problemas de hiperatividade-impulsividade em crianças nascidas moderada e tardiamente prematuras (Faleschini et al., 2020); e 1 estudo verificou a ausência de diferenças entre grupos na prevalência de problemas generalizados de saúde mental, verificando apenas uma maior prevalência de problemas emocionais em crianças com baixo a moderado risco (Westrupp et al., 2012).

Além disso, 2 estudos tiveram como foco o estudo de problemas específicos: 1 estudo analisou especificamente a prevalência de problemas de internalização, verificando maior prevalência deste tipo de problemas em crianças nascidas prematuras com muito baixo peso, comparativamente com crianças nascidas de termo (Helle et al., 2019); e 1 estudou apenas analisou a prevalência de problemas de hiperatividade e déficit de atenção, tendo verificado maior prevalência de problemas de hiperatividade/impulsividade e falta de atenção em crianças nascidas muito prematuras, comparativamente com crianças nascidas moderadamente prematuras e de termo (Morales et al., 2013).

No que diz respeito a **diferenças entre sexos**, 4 estudos verificaram uma maior prevalência de problemas de agressividade, hiperatividade/impulsividade e falta de atenção no sexo masculino (Faleschini et al., 2020; Hack et al., 2009; Reijneveld et al., 2006; Scott et al., 2012) e 1 estudo verificou maior prevalência de problemas de internalização no sexo feminino (Reijneveld et al., 2006).

Relativamente à **trajetória dos problemas emocionais e comportamentais**, 1 estudo longitudinal verificou que os problemas de comportamento tendem a manter-se estáveis entre os 4 e os 10 anos (Faleschini et al., 2020) e 1 estudo longitudinal verificou que os problemas emocionais e comportamentais aos 5 anos tendem a persistir em crianças nascidas muito prematuras e a deixar de se manifestar em crianças nascidas moderadamente prematuras (Hornman et al., 2016).

Fatores de Risco

Nos estudos transversais analisados emergiram fatores de risco associados aos problemas comportamentais e emocionais. Assim, relativamente aos fatores de risco de problemas emocionais e comportamentais **associados à criança**, foram verificados o atraso no desenvolvimento (Delobel-Ayoub et al., 2009; Reijneveld et al., 2006); o desempenho cognitivo (Delobel-Ayoub et al., 2009); hospitalização da criança (Delobel-Ayoub et al., 2009); percepção parental de vulnerabilidade (Potharst et al., 2015); e funções executivas (Scott et al., 2012). Quanto aos fatores de risco **associados aos pais**, foram identificados o *stress* parental (Potharst et al., 2015); *stress* materno (Pérez-Pereira & Baños, 2019); idade materna jovem (Delobel-Ayoub et al., 2009); saúde mental materna (Delobel-Ayoub et al., 2009); e nível de educação parental (Potharst et al., 2015).

Nos estudos longitudinais foram verificados como fatores de risco **associados à criança**, anomalias cerebrais (Jones et al., 2013; Treyvaud et al., 2013); fatores do crescimento,

nomeadamente a altura no primeiro ano de vida (Dotinga et al., 2019); comportamentos de externalização aos 16 meses (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015); problemas de internalização e externalização (Treyvaud et al., 2012); e problemas socioemocionais aos 5 anos (Treyvaud et al., 2013). Relativamente aos fatores de risco **associados aos pais** verificaram-se o *stress* parental aos 24 e 36 meses (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015); insensibilidade materna aos 36 meses (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015); sofrimento psicológico parental (Helle et al., 2019); ansiedade materna na primeira infância (Jones et al., 2013); parentalidade negativa na primeira infância (Jones et al., 2013); e risco social aos 7 anos (Treyvaud et al., 2013).

Um estudo transversal (Hack et al., 2009) e dois estudos longitudinais (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015; Jones et al., 2013) identificaram como fator de risco associado ao **contexto de vida da criança**, o estatuto socioeconómico.

Discussão dos Resultados

Esta revisão exaustiva de literatura teve como objetivos a pesquisa e análise de estudos acerca da perceção parental de problemas emocionais e de comportamento em crianças, entre os 4 e os 10 anos, nascidas prematuras.

Foram identificados 19 estudos que responderam aos critérios de inclusão.

Todos os estudos utilizaram metodologia quantitativa, sendo cerca de metade transversais e os restantes longitudinais. Dos estudos longitudinais, metade desenvolveram uma análise transversal das medidas em estudo.

À exceção de um estudo, todos os estudos analisados tiveram como objetivo a identificação de problemas emocionais e de comportamento em crianças nascidas prematuras e a análise da prevalência destes problemas considerando o tempo de gestação. Além disso, a maioria dos estudos teve como objetivo adicional a avaliação de fatores de risco de problemas emocionais e de comportamento.

Na recolha de dados relativa à análise dos problemas de emocionais e de comportamento foram utilizados, maioritariamente, o CBCL e o SDQ. Quanto à recolha de dados relativa aos fatores de risco foi utilizada uma grande diversidade de instrumentos. Em relação às características da prematuridade, a maioria dos estudos comparou o grupo geral de crianças nascidas prematuras com crianças nascidas de termo. No entanto, alguns estudos fizeram a comparação intra grupo de prematuros, distinguindo diferentes idades gestacionais.

A análise dos estudos mostrou, de uma forma geral, o aumento da prevalência de problemas comportamentais e/ou emocionais, nomeadamente problemas de internalização, externalização, hiperatividade e atenção, no grupo de crianças nascidas prematuras, com IG<37 semanas quando comparadas com crianças nascidas de termo. Além disso, em um dos estudos analisados verificou-se ainda uma maior prevalência destes problemas em crianças nascidas muito prematuras com diagnóstico de problemas de desenvolvimento (Reijneveld et al., 2006). Estes resultados vão ao encontro da revisão de literatura realizada por Arpi e Ferrari (2013), na qual, com o objetivo de analisarem a prevalência de problemas de comportamento na população prematura na infância e idade pré-escolar, se verificou uma maior prevalência de problemas emocionais e comportamentais em crianças até aos 5 anos nascidas muito e moderadamente prematuras. Também De Jong, Verhoeven e van Baar (2012) verificaram, na revisão de literatura realizada, uma maior prevalência de problemas comportamentais em crianças nascidas moderada e tardiamente prematuras.

Contudo, em um dos estudos analisados, não se verificaram diferenças relativamente à prevalência de problemas de internalização e externalização entre crianças nascidas prematuras (de baixo risco) e crianças nascidas de termo (Pérez-Pereira & Baños, 2019). Também Gurka, LoCasale-Crouch e Blackman (2010) num estudo longitudinal desde os 4 aos 15 anos, não verificaram diferenças significativas entre crianças nascidas tardiamente prematuras e crianças nascidas de termo relativamente a tais problemas.

A análise permitiu ainda verificar que na maioria dos estudos que incluíram a comparação de grupos de crianças nascidas prematuras com diferentes tempos de gestação, as com menor idade gestacional apresentavam maior incidência de problemas emocionais e comportamentais. Também Franz e colaboradores (2018) verificaram, na meta-análise realizada, uma maior incidência relativamente a problemas de hiperatividade e défice de atenção em crianças nascidas com menor tempo de gestação. Estes resultados divergem, no entanto, dos encontrados por Arpi & Ferrari (2013) que, na revisão de literatura realizada com crianças na infância e idade pré-escolar, nascidas prematuras, não verificaram a existência de relação entre a prevalência de problemas de comportamento e menor IG.

Apesar de, na generalidade, a análise apontar piores resultados para problemas de comportamento nas crianças nascidas prematuras comparativamente com as crianças nascidas de termo, foram encontradas diferenças relativamente ao tipo de problemas. Assim, nos estudos analisados, foi verificada uma maior prevalência de problemas emocionais e de problemas de atenção e hiperatividade em crianças nascidas prematuras, comparativamente com crianças nascidas de termo, e igual prevalência entre grupos relativamente aos problemas de conduta.

Estes resultados são corroborados pelo estudo de Loe, Lee, Luna e Feldman (2011), no qual se verificou que crianças, entre os 9 e 16 anos, nascidas prematuras apresentam mais problemas de internalização e de atenção, comparativamente com crianças nascidas de termo, e não apresentam diferenças relativamente aos problemas de externalização. Além disso, apesar de os estudos terem verificado maioritariamente uma maior prevalência, tanto de problemas de atenção, como de hiperatividade, Johnson e colaboradores (2016) verificaram num estudo longitudinal dos 2 anos 11 anos, que os problemas de atenção, em crianças nascidas extremamente prematuras, apresentam maior incidência comparativamente com os problemas de hiperatividade/impulsividade.

Os estudos mostraram ainda que os problemas de agressividade, hiperatividade/impulsividade e falta de atenção apresentam maior prevalência no sexo masculino, enquanto os problemas de internalização se manifestam com maior incidência no sexo feminino. Também Potijk, de Winter, Bos, Kerstjens e Reijneveld (2015) verificaram no estudo realizado com crianças, com atraso de desenvolvimento, nascidas moderada e tardiamente prematuras, mais problemas de externalização associados ao sexo masculino e mais problemas de internalização associados ao sexo feminino. Ainda relativamente a diferenças entre o sexo masculino e feminino, Scott e colaboradores (2018) verificaram que, desde a infância à idade adulta, os problemas de externalização tendem a aumentar no sexo masculino ao longo do tempo, ao contrário do que acontece com as raparigas; os problemas de internalização apresentam trajetórias semelhantes entre rapazes e raparigas; e os problemas de atenção aumentam ao longo do tempo, não se verificando alterações significativas ao longo deste período para as raparigas.

Quanto à trajetória destes problemas, a análise dos estudos mostra que, segundo Faleschini e colaboradores (2020), os problemas de comportamento se mantêm estáveis ao longo do tempo, entre os 4 e os 10 anos. Além disso, um dos estudos analisados mostra ainda existir uma maior tendência para os problemas emocionais e comportamentais emergirem e persistirem após a entrada para a escola em crianças com $25 \leq IG \leq 31$ semanas, comparativamente com crianças com $32 \leq IG \leq 35$ semanas (Hornman et al., 2016). Também nesta revisão de literatura se verificou que comportamentos de externalização aos 16 meses (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015), comportamentos de externalização aos 2 anos (Treyvaud et al., 2012) e problemas socioemocionais aos 5 anos (Treyvaud et al., 2013) foram identificados como fatores de risco de problemas de comportamento em idades posteriores. Os resultados são consistentes com os encontrados por Arpi e Ferrari (2013) que, na revisão de

literatura realizada, verificaram que os problemas de comportamento, numa fase mais precoce, permitem predizer os problemas de comportamento mais tarde.

No entanto, estes resultados são diferentes dos apresentados por Schappin e colaboradores (2018) que, num estudo realizado com crianças entre os 2 e os 5 anos nascidas com IG<32 semanas, verificaram que a prevalência de problemas de internalização tende a decrescer com o aumento da idade. Coloca-se como hipótese que a idade possa ter alguma influência nos resultados, tendo os estudos incluídos na presente revisão idades superiores.

Relativamente aos fatores de risco encontrados, a análise dos estudos mostrou, a existência de fatores relacionados com a criança, nomeadamente atraso no desenvolvimento (Delobel-Ayoub et al., 2009; Reijneveld et al., 2006), desempenho cognitivo (Delobel-Ayoub et al., 2009), funções executivas (Scott et al., 2012), hospitalização da criança (Delobel-Ayoub et al., 2009) e perceção de vulnerabilidade da criança (Potharst et al., 2015). Estes resultados são similares aos encontrados por Schappin e colaboradores (2018), que verificaram que a perceção de vulnerabilidade da criança é um fator de risco do aumento da prevalência de comportamentos de externalização entre os 2 e os 5 anos. Além disso, Bayless, Cate e Stevenson (2008) verificaram que o baixo desempenho cognitivo está associado a maior prevalência de problemas emocionais e comportamentais em crianças entre os 6 e os 12 anos nascidas prematuras. A este respeito, nos estudos longitudinais incluídos, foram verificados como fatores de risco anomalias cerebrais (Jones et al., 2013; Treyvaud et al., 2013), e características do crescimento (Dotinga et al., 2019).

Quanto aos fatores de risco associados aos pais, os resultados desta revisão, nomeadamente o estudo de Pérez-Pereira & Baños (2019), de Delobel-Ayoub e colaboradores (2009), de Gerstein e Poehlmann-Tynan (2015) e de Helle e colaboradores (2019) vão ao encontro de outros estudos, como o realizado por Schappin e colaboradores (2018) que verificaram que o *stress* parental e a hostilidade parental são fatores de risco para os comportamentos de externalização aos 2 e aos 5 anos. Também Huhtala e colaboradores (2012) verificaram que fatores parentais como a depressão, o *stress* e o sentido de coerência estão associados aos resultados comportamentais em crianças com 3 anos nascidas prematuras.

Quanto aos fatores de risco associados ao contexto no qual a criança está inserida, os estudos identificaram o estatuto socioeconómico (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015; Hack et al., 2009; Jones et al., 2013). Também Gerstein, Woodman, Burnson, Cheng, & Poehlmann-Tynan (2017) num estudo longitudinal desde o nascimento aos 6 anos, identificaram como fator de risco o estatuto socioeconómico.

Conclusões

De um modo geral, os resultados da presente revisão de literatura mostram que, apesar de alguma inconsistência, verifica-se uma maior prevalência de problemas emocionais e comportamentais em crianças nascidas prematuras, sendo os resultados piores em crianças nascidas com idade gestacional mais baixa. Além disso, estes problemas apresentam uma certa persistência ao longo do tempo. Mais especificamente, verificaram-se resultados piores relativamente a problemas de internalização, problemas de atenção e hiperatividade.

Os estudos analisados mostraram haver diferenças entre sexos, nomeadamente mais problemas de externalização foram reportados no sexo masculino e mais problemas de internalização no sexo feminino.

Dos estudos emergiram fatores de risco de problemas comportamentais e emocionais em crianças nascidas prematuras, nomeadamente fatores associados à criança como o desenvolvimento, as funções cognitivas e executivas, problemas de internalização e externalização em idades precoces e a perceção parental de vulnerabilidade; fatores associados aos pais como o *stress*, perturbação psicológica materna, menor sensibilidade e características da parentalidade; e fatores associados ao contexto, como o estatuto socioeconómico.

Estes resultados reforçam estudos práticos prévios sobre a incidência de problemas de comportamento nesta população e sobre a influência de fatores como o desenvolvimento cognitivo da criança, o *stress* parental e a forma como os pais exercem a parentalidade.

Na revisão de literatura apresentada, a maioria dos estudos identificaram fatores de risco associados a problemas emocionais e comportamentais em crianças, com idades compreendidas entre os 4 e os 10 anos, nascidas prematuras. Alguns desses fatores de risco fazem parte dos objetivos específicos do presente estudo, pelo que serão em seguida apresentados de forma mais aprofundada.

Fatores de risco associados a problemas de comportamento em crianças nascidas prematuras

Stress parental

Segundo o modelo transacional de Belsky (1984), o desenvolvimento da criança não resulta da soma de mecanismos individuais, mas de interações contínuas entre características individuais, tanto dos pais como da criança e características contextuais. Segundo este modelo, a parentalidade é multideterminada pelas características individuais da figura parental, pelas características individuais da criança e por características do contexto, de apoio ou *stress*, no

qual a interação pai-filho se desenvolve. Além disso, o modelo assume que as histórias de desenvolvimento dos pais e o contexto no qual a relação pai-filho se desenvolve, influenciam as características individuais parentais e o bem-estar psicológico dos pais e, conseqüentemente, a parentalidade. Por sua vez, a parentalidade influencia o desenvolvimento da criança. Contudo, estas influências não são iguais pois, segundo o modelo, os recursos psicológicos parentais são mais eficazes em proteger a relação pai-filho do *stress*, comparativamente com as fontes de apoio do contexto, as quais por sua vez são mais eficazes que as características da criança.

Também o modelo de mediação de Abidin (1992) postula que diversos fatores, nomeadamente características relacionadas com os pais, características da criança e fatores situacionais, contribuem para o *stress* parental e, conseqüentemente para o comportamento parental e ajustamento da criança. Segundo este modelo, níveis elevados de *stress*, assim como níveis reduzidos de *stress*, contribuem para uma parentalidade disfuncional.

Com base no modelo de Belsky (1984) e com o objetivo de analisarem as relações transacionais entre o *stress* parental e os problemas de comportamento de crianças entre os 3 e os 9 anos, tipicamente desenvolvidas e com atraso de desenvolvimento, Neece, Green e Baker (2012), verificaram existir uma relação bidirecional, semelhante para ambos os grupos, entre o *stress* parental e os problemas de comportamento da criança, pelo que, tanto o *stress* parental como os problemas de comportamento são simultaneamente um antecedente e um conseqüente.

Especificamente no que diz respeito ao nascimento prematuro, existe evidência de que está associado a níveis elevados de preocupações parentais e a experiências negativas no período pós-parto, originando reações emocionais intensas nos pais e, conseqüentemente, efeitos na criança e na relação pai-criança (Müller-Nix & Ansermet, 2009; Hoffenkamp et al., 2015). Pais de crianças nascidas prematuras confrontam-se, quer na fase de nascimento, quer nos primeiros anos de vida da criança, com situações exigentes que desafiam o seu bem-estar e que podem afetar negativamente a transição para a parentalidade, contribuindo para que a vivência parental da prematuridade seja considerada uma experiência traumática e geradora de *stress* para os pais (Goldberg & DiVitto, 2002; Müller-Nix & Ansermet, 2009; Vanderbilt & Gleason, 2011).

Estudos que utilizaram o *Parenting Stress Index* (PSI) mostraram que pais de crianças nascidas prematuras continuam a experienciar, ao longo do desenvolvimento da criança, níveis de *stress* significativamente mais elevados que pais de crianças nascidas de termo (Linden, Cepeda, Synnes, & Grunau, 2015; Polic et al., 2016; Treyvaud, Lee, Doyle, & Anderson, 2014).

Treyvaud e colaboradores (2014), num estudo com crianças nascidas muito prematuras, concluíram que o nível de *stress* parental, relacionado com o domínio parental, quando a criança tem 2 anos permitia prever os níveis de *stress* parental nesse mesmo domínio, aos 7 anos de idade. Além disso, nesse estudo foram também reportados elevados níveis de *stress* associado a certas características da criança, nomeadamente a distração, adaptação, aceitação e exigência.

Quanto a diferenças relacionadas com a idade gestacional, alguns estudos verificaram que a prevalência de níveis mais elevados de *stress* parental em pais de crianças nascidas prematuras, comparativamente com pais de crianças nascidas de termo, se verificava tanto em pais de crianças nascidas muito e extremamente prematuras com 7 anos (Linden et al., 2015; Treyvaud et al., 2014), como em pais de crianças nascidas tardiamente prematuras em idade escolar (Polic et al., 2016).

Contudo, os resultados dos estudos mostram inconsistência. Schappin, Wijnroks, Venema e Jongmans (2013) realizaram uma revisão de literatura com meta-análise relativa ao *stress* parental em crianças nascidas prematuras, desde o nascimento até aos 12 anos de idade, através da qual verificaram que pais de crianças nascidas prematuras apresentam apenas níveis ligeiramente mais elevados de *stress*, comparativamente com pais de crianças nascidas de termo, sendo esses níveis superiores quanto menor for a idade gestacional. Outros estudos não encontraram diferenças significativas relativamente aos níveis de *stress* vivenciado por pais de crianças nascidas prematuras, comparativamente com pais de crianças nascidas de termo, tanto nos primeiros anos de vida (Gray, Edwards, O'Callaghan, & Cuskelly, 2012), como durante a idade pré-escolar e escolar (Pérez-Pereira & Baños, 2019; Singer et al., 2007).

Existe na literatura alguma evidência da associação positiva entre o *stress* parental e a prevalência de problemas de comportamento em crianças nascidas prematuras (Huhtala et al., 2014). Segundo alguns autores, o *stress* parental influencia diretamente a perceção que os pais de crianças nascidas prematuras têm dos comportamentos dos filhos, originando uma maior perceção de problemas comportamentais e emocionais (Huhtala et al., 2014; Pérez-Pereira & Baños, 2019; Potharst et al., 2015), mais especificamente, de problemas de externalização (Schappin, Wijnroks, Venema, & Jongmans, 2018). Inversamente, os problemas de comportamento da criança, nomeadamente problemas de externalização aos 7 anos, foram identificados como preditores de *stress* parental em pais de crianças nascidas prematuras (Linden et al., 2015).

Além da influência direta verificada entre estas variáveis, o *stress* parental também apresenta uma influência indireta nos problemas de comportamento, através do seu efeito na

parentalidade, tal como enunciado por Belsky (1984). Gerstein e Poehlmann-Tynan (2015), através do estudo longitudinal prospetivo realizado com crianças nascidas prematuras, verificaram que a relação entre o *stress* parental aos 24 meses e os comportamentos de externalização aos 6 anos é mediada pela insensibilidade materna aos 36 meses.

Os níveis de *stress* parental experienciado por pais de crianças nascidas prematuras tem vindo a ser associado a outros fatores como a idade da criança, o tempo de permanência na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, a necessidade de ventilação mecânica após o nascimento, o nível de educação materna, o nascimento múltiplo, reduzido desempenho cognitivo da criança e o *coping* parental (Linden et al., 2015; Polic et al., 2016; Singer et al., 2007).

Práticas Parentais

Os comportamentos parentais assumem uma função importante no desenvolvimento e bem-estar das crianças. A prematuridade tem sido associada negativamente a certas características da parentalidade, nomeadamente ao aumento de estilos e práticas parentais inadequadas, as quais afetam negativamente o desenvolvimento da criança (Hoffenkamp et al., 2015).

Segundo Darling e Steinberg (1993), os estilos parentais referem-se a um “conjunto de atitudes em relação à criança, que são transmitidas e criam um espaço emocional, no qual os comportamentos parentais são expressos” (p. 493). O estilo parental é expresso, parcialmente, através das práticas parentais, uma vez que as crianças percecionam as atitudes parentais através de alguns desses comportamentos. As práticas parentais são “comportamentos definidos por um conteúdo específico e objetivos de socialização” (p. 492). No modelo integrativo proposto por estes autores, tanto os estilos parentais, como as práticas parentais, são influenciados por objetivos e valores parentais e influenciam o desenvolvimento da criança. No entanto, a influência no desenvolvimento da criança ocorre através de diferentes processos: as práticas parentais apresentam um efeito direto no desenvolvimento dos comportamentos e características da criança; e os estilos parentais influenciam o desenvolvimento da criança através de um efeito moderador das práticas parentais no desenvolvimento da criança. Além disso, os estilos parentais influenciam diretamente o processo de socialização da criança, que por sua vez modera a influência das práticas parentais no desenvolvimento da criança.

De acordo com Baumrind (1978, 1991), os estilos parentais podem variar entre duas dimensões ortogonais: a exigência e a capacidade de resposta (responsividade). Quando estas

duas dimensões se interseitam, dão origem a quatro estilos parentais: autoritário (pais exigentes, mas não responsivos), autoritativo (pais exigentes e responsivos; assertivos, mas não intrusivos), permissivo (pais responsivos, mas não exigentes) e negligente (pais não exigentes e não responsivos).

Práticas parentais caracterizadas pela responsividade e sensibilidade contribuem para o desenvolvimento equilibrado da criança, enquanto interações intrusivas e distantes têm sido associadas a resultados negativos no desenvolvimento da criança (Easterbrooks, Bureau, & Lyons-Ruth, 2012; Ramchandani et al., 2013).

Apesar do reduzido número de estudos relativos aos comportamentos parentais na população de crianças nascidas prematuras, mães de crianças nascidas prematuras têm reportado ser menos sensíveis e mais controladoras em relação aos filhos, comparativamente com mães de crianças nascidas de termo, tanto nos primeiros meses de vida (Muller-Nix et al., 2004), como em idade escolar (Jaekel, Wolke, & Chernova, 2012).

Alguns estudos têm analisado a relação existente entre a responsividade parental e os resultados comportamentais em crianças nascidas prematuras, verificando-se que, comportamentos parentais afetivos e responsivos apresentam uma forte associação positiva com os resultados comportamentais da criança (Neel et al., 2018).

Treyvaud e colaboradores (2009), num estudo com crianças nascidas muito prematuras, verificaram que o aumento dos comportamentos de internalização da criança está relacionado com elevados níveis de afeto negativo (o qual se manifesta através de comportamentos de rejeição, raiva e negatividade em relação à criança).

Além disso, a rejeição parental (comportamentos parentais hostis e críticos em relação à criança) está negativamente associada aos resultados comportamentais (Neel et al., 2018), originando a manifestação precoce de problemas de externalização em crianças nascidas prematuras (Poehlmann et al., 2011). Pelo contrário, Poehlmann, Burnson e Weymouth (2014) verificaram que comportamentos parentais menos intrusivos permitem prever melhores capacidades de controlo e menor manifestação de problemas precoces de comportamento.

Segundo Clark e colaboradores (2008), num estudo com crianças nascidas extremamente prematuras e muito prematuras, a sensibilidade e responsividade parental manifestada perante as necessidades dos filhos mostra ser um importante preditor da capacidade de regulação emocional e comportamental da criança. Estes autores verificaram que reduzida sensibilidade em relação à criança aos 2 anos de idade, prediz dificuldades na capacidade de regulação emocional e comportamental na idade pré-escolar.

Estudos têm analisado a relação existente entre as práticas e estilos parentais e as crenças parentais em relação à criança, uma vez que crianças nascidas prematuras são mais frequentemente percebidas como vulneráveis, comparativamente com crianças nascidas de termo (Síndrome da Criança Vulnerável – SCV), mesmo que o seu funcionamento não justifique tal percepção (Potharst et al, 2015). Mães de crianças nascidas prematuras apresentam uma maior percepção de vulnerabilidade e sobreproteção, comparativamente com mães de crianças nascidas de termo, verificando-se que, tanto a percepção de vulnerabilidade como a sobreproteção estão associadas ao desenvolvimento de problemas de comportamento (De Ocampo, Macias, Saylor, & Katikaneni, 2003; Wightman et al., 2007).

Autorregulação Parental

A parentalidade envolve um conjunto de processos que promovem o desenvolvimento e o bem-estar das crianças, nomeadamente a autorregulação. A autorregulação refere-se à capacidade do indivíduo para modificar os seus comportamentos de acordo com certos padrões, ideais ou objetivos resultantes das expectativas internas ou externas (Baumeister & Vohs, 2007). A adaptação às exigências da parentalidade requer a capacidade de os pais autorregularem o seu próprio comportamento, pensamento e emoções em relação à percepção e interpretação do comportamento da criança, sendo assim capazes de estabelecer objetivos e valores educacionais e reconhecer a necessidade de eventuais mudanças de padrões comportamentais (Barros, Goes & Pereira, 2015; Sanders, 2008). Trata-se de uma relação dialética entre os esforços dos pais para regularem o seu próprio comportamento e as tentativas para regularem o comportamento dos filhos (Barros et al., 2015).

Pais com uma forte capacidade de autorregulação apresentam uma noção clara dos tipos de comportamentos, capacidades e valores que desejam expressar e promover nos seus filhos. Estes pais apresentam expectativas realistas acerca de si mesmos, das capacidades dos outros para cuidar do seu filho e do que esperam do seu filho nas diferentes fases do desenvolvimento (Papies & Aarts, 2011). Além disso, uma forte capacidade de autorregulação, em conjunto com práticas parentais positivas, contribui para o desenvolvimento da capacidade de autorregulação dos filhos (Sanders & Mazzucchelli, 2013).

Apesar da ausência de estudos sobre os efeitos da autorregulação parental na população de crianças nascidas prematuras, estudos envolvendo a população nascida de termo mostram que, crianças cujos pais apresentam uma desregulação emocional significativa, possuem maior risco de resultados adversos ao longo do seu desenvolvimento, nomeadamente problemas

comportamentais, emocionais e educacionais (Goodman et al., 2011; Oyserman, Bybee, Mowbray, & Hart-Johnson, 2005). Além da associação entre as dificuldades de regulação emocional dos pais e os problemas comportamentais e emocionais nas crianças, estas dificuldades estão também associadas ao comprometimento das capacidades de compreensão, expressão e regulação positiva das experiências emocionais pela criança, limitando as oportunidades da criança para aprender formas adaptativas de lidar com as suas próprias emoções (Crespo, Trentacosta, Aikins, & Wargo-Aikins, 2017).

Carrère e Bowie (2012) verificaram que problemas de externalização na criança estão associados a uma dificuldade parental em regular a expressão de hostilidade. Também Reeb, Conger e Wu (2010) verificaram que problemas de internalização e externalização na criança estão associados a uma expressão parental de hostilidade e depressão.

Reações parentais às emoções negativas da criança

O desenvolvimento da capacidade das crianças regularem as suas emoções, é também influenciado pelo modo como os pais reagem perante as manifestações emocionais negativas da criança (Frankel, Umemura, Jacobvitz, & Hazen, 2015). Através das reações parentais, os pais transmitem à criança informação acerca da expressão emocional e de estratégias adaptativas para lidar com as mesmas, influenciando o seu desenvolvimento socioemocional (Nelson, O'Brien, Blankson, Calkins, & Keane 2009). Respostas parentais apoiantes incentivam a exploração das emoções pela criança, através do encorajamento da expressão das suas emoções e do apoio dado na compreensão e regulação das mesmas. Pelo contrário, respostas não apoiantes transmitem à criança que a manifestação das suas emoções negativas não é aceite/apropriada, impedindo a criança de regular adaptativamente os seus estados emocionais e processar informação perante eventos emocionais, através da minimização, punição ou expressão de sofrimento perante a experiência emocional da criança (McElwain, Halberstadt, & Volling, 2007; Nelson et al., 2009).

Apesar da ausência de estudos acerca deste tipo de respostas parentais na população de crianças nascidas prematuras, estudos que envolvem a população nascida de termo, têm mostrado que reações parentais apoiantes contribuem para o desenvolvimento de competências socioemocionais, nomeadamente a compreensão emocional pelas crianças (Eisenberg, Fabes, & Murphy, 1996; McElwain et al., 2007). Pelo contrário, reações não apoiantes perante as emoções negativas dos filhos estão associadas a resultados socioemocionais negativos (Frankel et al., 2015; Eisenberg et al., 1996), nomeadamente o aumento de comportamentos de internalização (Engle & McElwain, 2010).

Capítulo II – Metodologia

Objetivos do Estudo

O presente estudo teve como principal objetivo analisar, na população de pais de crianças, entre os 4 e os 10 anos, nascidas prematuras, as associações entre o nível de *stress* parental, as práticas parentais, a autorregulação parental, a resposta parental perante emoções negativas da criança e a percepção parental de problemas de comportamento da criança.

Relativamente aos objetivos específicos da investigação, pretende-se:

1. Descrever a percepção parental de problemas de comportamento da criança;
2. Descrever o nível de *stress* parental;
3. Descrever as práticas parentais referidas pelos pais;
4. Descrever a autorregulação parental no exercício da parentalidade;
5. Descrever o autorrelato da resposta parental perante emoções negativas da criança;
6. Analisar as diferenças nas variáveis em estudo tendo em conta as variáveis caracterizadoras (nível socioeconómico, grau de escolaridade dos pais, sexo da criança e idade gestacional)
7. Estudar as associações entre as variáveis *stress* parental, práticas parentais, autorregulação parental, resposta parental perante emoções negativas da criança e a variável percepção parental de problemas de comportamento da criança.

Hipóteses

Apesar do presente estudo ser de carácter exploratório, são colocadas algumas hipóteses baseadas em estudos referidos na literatura.

H1 – Os níveis de *stress* parental estão associados positivamente à percepção de problemas de comportamento

H2 – As práticas parentais características de uma parentalidade negativa estão associadas positivamente à percepção parental de problemas de comportamento

H3 – As dificuldades de autorregulação estão associadas positivamente à percepção parental de problemas de comportamento;

H4 – As respostas parentais mais negativas perante emoções negativas das crianças estão associadas positivamente à percepção de problemas de comportamento.

Características do Estudo

O presente estudo é de tipo transversal, descritivo, correlacional e de caráter exploratório, apresentando uma abordagem quantitativa.

O presente estudo é a continuação do estudo anterior de Santos (2019) pelo que, quer a amostra, que os dados, contemplam os recolhidos nesse estudo. O presente estudo acrescenta ao anterior 15 sujeitos.

Caracterização da Amostra

A amostra do estudo incluiu um total de 48 participantes. A amostra é apenas composta por mães. Apesar de os pais não terem sido excluídos do estudo, tendo-se procurado a sua participação, não foi possível contabilizar na amostra o diminuto número de pais que respondeu aos questionários.

A totalidade dos participantes é acompanhada na Consulta de Psicologia Pediátrica ou na Consulta de Desenvolvimento do Hospital onde o estudo foi realizado, constituindo uma amostra de conveniência.

Foram definidos critérios de inclusão para a constituição da amostra, tanto para os pais como para as crianças.

Relativamente aos pais foi definido:

- a) Ser o principal cuidador e habitar com a criança;
- b) Ter domínio da língua portuguesa;

No que diz respeito às crianças, foi definido:

- a) Idade compreendida entre os 4 e os 10 anos
- b) Nascidas prematuras ($24 \leq IG < 37$ semanas)
- c) Sem diagnóstico de lesão neurológica
- d) Sem deficiência sensorial
- e) Sem critérios para diagnóstico de PEA

Na Tabela 2 são apresentados os dados sociodemográficos relativos às mães, nomeadamente a idade.

Tabela 2

Dados sociodemográficos das mães (idade)

	Frequência	%
<25 anos	0	0
25-30 anos	1	2,1
31-35 anos	7	14,6
36-40 anos	15	31,3
>40 anos	25	52,1
Total	48	100

Participaram no estudo 1 mãe (2,1%) com idade compreendida entre os 25 e os 30 anos, 7 (14,6%) com idade compreendida entre os 31 e os 35 anos, 15 (31,3%) com idade compreendida entre os 36 e os 40 anos, e 25 (52,1%) com idade superior a 40 anos.

Na Tabela 3 são apresentados os dados sociodemográficos relativos ao estado civil das mães.

Tabela 3

Dados sociodemográficos das mães (estado civil)

	Frequência	%
Casado ou união de facto	39	81,3
Divorciado	8	16,7
Viúvo	0	0
Solteiro	1	2,1
Total	48	100

Das mães que participaram no estudo, 39 (81,3%) encontravam-se casadas ou em união de facto, 8 (16,7%) encontravam-se divorciadas, e 1 (2,1%) era solteira.

Na Tabela 4 são apresentados os dados sociodemográficos relativos ao estatuto socioeconómico.

Tabela 4

Dados sociodemográficos das mães (estatuto socioeconómico)

	Frequência	%
Baixo	6	12,5
Médio-Baixo	19	39,6
Médio	22	45,8
Alto	1	2,1
Total	48	100

Como se observa na tabela 4, 6 mães (12,5%) referiram um estatuto socioeconómico baixo, 19 (39,6%) referiram ser médio-baixo, 22 (45,8%) referiram ser médio, e 1 (2,1%) referiu ser alto.

Na Tabela 5 são apresentados os dados sociodemográficos relativos à situação laboral das mães.

Tabela 5

Dados sociodemográficos das mães (situação laboral)

	Frequência	%
Empregada	39	81,3
Desempregada	9	18,8
Total	48	100

Como se observa na tabela 5, 39 mães (81,3%) reportaram estar empregadas, e 9 (18,8%) referiram estar desempregadas.

Na Tabela 6 são apresentados os dados sociodemográficos relativos à nacionalidade das mães.

Tabela 6

Dados sociodemográficos das mães (nacionalidade)

	Frequência	%
Portuguesa	43	89,6
Brasileira	3	6,3
Guineense	2	4,2
Total	48	100

Como se observa na tabela 6, 43 mães (89,6%) tinham nacionalidade portuguesa, 3 (6,3%) tinham nacionalidade brasileira e 2 (4,2%) tinham nacionalidade guineense.

Na Tabela 7 são apresentados os dados sociodemográficos relativos ao país de origem das mães.

Tabela 7

Dados sociodemográficos das mães (país de origem)

	Frequência	%
Portugal	39	81,3
Brasil	6	12,5
Cabo-Verde	1	2,1
Guiné-Bissau	2	4,2
Total	48	100

Como se observa na tabela 7, 39 mães (81,3%) nasceram em Portugal, 6 (12,5%) nasceram no Brasil, 2 (4,2%) nasceram na Guiné-Bissau e 1 (2,1%) nasceu em Cabo Verde.

Na Tabela 8 são apresentados os dados sociodemográficos relativos ao nível de escolaridade das mães.

Tabela 8

Dados sociodemográficos das mães (nível de escolaridade)

	Frequência	%
Sem escolaridade mínima	4	8,3
Com escolaridade mínima	17	35,4
Curso médio	14	29,2
Curso superior	13	27,1
Total	48	100

Como se observa na tabela 8, 4 mães (8,3%) reportaram não ter a escolaridade mínima, 17 (35,4%) reportaram ter a escolaridade mínima, 14 (29,2%) reportaram ter um curso médio, e 13 (27,1%) reportaram ter um curso superior.

Quanto aos dados relativos às crianças, tinham idade compreendida entre os 4 e os 10 anos, com uma média de 6,73 anos. A IG variou entre as 24 e as 36 semanas, com uma média de 30,71 semanas. Participaram no estudo mães de 24 (50%) crianças do sexo feminino e de 24 (50%) crianças do sexo masculino. Relativamente ao benefício de terapias de apoio, participaram mães de 20 (41,7%) crianças que beneficiavam de algum tipo de apoio e 28 (58,3%) que não beneficiavam. No que diz respeito ao tipo de apoio que as crianças beneficiavam, 8 (16,7%) beneficiavam de apoio da Terapia da Fala; 7 (14,6%) beneficiavam de Apoio Escolar; 2 (4,2%) beneficiavam de apoio da Terapia da Fala, Apoio Escolar e Outro; 1 (2,1%) beneficiava de apoio da Terapia da Fala, Apoio Escolar e Fisioterapia; 1 (2,1%) beneficiava de apoio da Terapia da Fala, Fisioterapia e Outro; e 1 (2,1%) beneficiava de apoio da Terapia da Fala e Outro. Das crianças cujas mães participaram no estudo, 34 (70,8%) foram sinalizadas por parte da Consulta de Desenvolvimento e 14 (29,2%) foram sinalizadas por parte da Consulta de Psicologia Pediátrica.

Instrumentos de recolha de dados

Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico (Anexo 1) permitiu a recolha de dados sociodemográficos tanto dos pais como das crianças. Em relação à figura parental foi questionada informação relativa à idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação laboral, perceção do nível socioeconómico, nacionalidade e país de origem. Relativamente às crianças,

foi recolhida informação relativa à idade, sexo, idade gestacional e apoios (sendo questionado o tipo de apoio em caso afirmativo).

Inventário do Comportamento da Criança (CBCL)

A *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach, 2001), versão portuguesa “Questionário de Comportamento da Criança” de Achenbach e colaboradores (2014) possibilita o registo, de forma estandardizada, das competências e problemas de comportamento da criança e do adolescente, com base na informação fornecida pelas figuras parentais ou por outros adultos significativos.

Este inventário apresenta duas versões, uma para idade pré-escolar (idades compreendidas entre 1 ½ e 5 anos) e outra para idade escolar (idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos), constituídas por itens que permitem conhecer a perceção dos pais ou cuidadores que convivam com a criança/adolescente em contexto familiar. Os itens presentes no questionário descrevem tipos específicos de problemas comportamentais, emocionais e sociais que caracterizam as crianças em cada um dos períodos (pré-escolar e escolar). Os itens são registados de acordo com uma escala de *Likert* de três pontos, de 0 a 2 (0 = não é verdadeira, 1 = de alguma forma ou algumas vezes verdadeira, 2 = muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira) (Achenbach et al., 2014).

A CBCL 1 ½ - 5 é composta por 103 itens, dos quais 3 se apresentam sob a forma de questões abertas (que solicitam informação sobre doenças, dificuldades, preocupações do cuidador em relação à criança e descrição da criança) e os restantes sob a forma de questões estruturadas. O informador deve classificar os itens relativamente aos últimos dois meses. O perfil obtido pela classificação atribuída aos itens, permite identificar escalas orientadas pelo DSM-5 (Problemas Depressivos, Problemas de Ansiedade, Problemas do Espectro do Autismo, Défice de Atenção e Problemas de Hiperatividade, Problemas de Oposição e Desafio) e sete escalas de síndromes (Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Isolamento Social, Problemas de Sono, Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo), as quais são agrupadas, à exceção da escala Problemas de Sono, em duas escalas mais amplas (Internalização e Externalização) (Achenbach et al., 2014b; Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, & Cardoso, 1994).

A CBCL 6-18 é composta por duas secções. Na primeira secção são apresentadas 20 questões relativas às competências da criança/adolescente em diferentes áreas, nomeadamente a participação em desportos, passatempos, trabalhos, interações sociais, desempenho escolar

(entre outros). A segunda secção é constituída por 120 itens relativos a diversos problemas do comportamento. Desses itens, 118 itens são apresentados sob a forma de questões estruturadas, relativas a problemas específicos do comportamento e/ou perturbações emocionais, e os outros dois apresentados sob a forma de questões abertas (Fonseca et al., 1994). Os informadores devem classificar os itens relativamente aos últimos 6 meses. As pontuações dos itens são passíveis de ser enquadradas em oito escalas de síndromes (Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo). À exceção das escalas Problemas Sociais, Problemas de Pensamento e Problemas de Atenção, as restantes escalas podem ser agrupadas em duas escalas mais amplas: Internalização e Externalização. Na CBCL 6-18, pode ainda ser obtido um perfil das competências da criança/adolescente, através das respostas fornecidas na primeira secção do inventário, em três áreas: atividades, social e escola (Achenbach et al., 2014a; Fonseca et al., 1994). O perfil de competências obtido não foi contemplado neste estudo.

As questões de resposta aberta não foram contempladas neste estudo.

As respostas obtidas são somadas para obter pontuações para as escalas de problemas de internalização, externalização e total de problemas (que indica a presença de sintomatologia geral). Nas Escalas de Internalização, Externalização e Total de problemas, valores normalizados inferiores a 63 são normativos, valores entre 60 e 63 indicam um nível *borderline* e valores superiores a 63 indicam um nível clínico (Achenbach et al., 2014). Na presente investigação apenas foram calculados os valores normalizados das Escalas Internalização, Externalização e Total.

Este inventário tem apresentado boas qualidades psicométricas, uma vez que os valores do coeficiente de validade alfa de Cronbach varia entre 0,53 e 0,83 (Fonseca et al., 1994).

Em anexo (Anexo 2) encontra-se um excerto do questionário.

Índice de Stress Parental (PSI)

O Índice de *Stress Parental* (*Parental Stress Index*, PSI, na versão original de Abidin, 1995) foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Santos (2003). Trata-se de um instrumento que avalia dois domínios principais, que atuam como fontes de *stress* na relação pais-filhos: o Domínio da Criança e o Domínio dos Pais. Cada um destes domínios engloba vários subdomínios que permitem a identificação de fontes específicas de *stress* (Abidin, 2003).

O Domínio da Criança avalia aspetos do temperamento da criança e a perceção dos pais relativamente ao impacto das características das crianças no *stress* experienciado pelos pais. Este domínio inclui os subdomínios Distração/Hiperatividade, Reforço aos Pais, Humor, Aceitação, Maleabilidade de Adaptação e Exigência. Na versão portuguesa, foi ainda adicionada, a este domínio, o subdomínio Autonomia, por se considerar que esta área pode constituir uma fonte geradora de *stress* na relação pais-criança. Relativamente aos subdomínios que constituem este domínio, verifica-se que: a Distração/Hiperatividade resulta de um desgaste da energia dos pais, originando a necessidade de uma gestão parental ativa e manutenção de uma vigilância elevada; o Reforço aos Pais diz respeito ao grau em que a interação pais-criança resulta numa resposta afetiva positiva para os pais; o Humor relaciona-se com choro excessivo, retraimento e depressão; a Aceitação aborda o grau até ao qual a criança satisfaz as expectativas que os pais têm (ou seja, aborda dimensões relacionadas com o facto de a criança ter características socialmente desejáveis); a Maleabilidade da Adaptação avalia facilidade da criança para lidar com a mudança e transições; e a Exigência relaciona-se com a pressão direta que a criança exerce sobre a figura parental (Abidin, 2003).

O Domínio dos Pais avalia características da figura parental e o contexto de apoio social, uma vez que estas variáveis se relacionam com o funcionamento parental, nomeadamente com as tarefas e exigências subjacentes. Este domínio inclui os subdomínios: Sentido de Competência, Vinculação, Restrições do Papel, Depressão, Relação com o/a Marido/Mulher, Isolamento Social e Saúde Parental. Quanto a estes subdomínios, verifica-se que: o Sentido de Competência avalia a perceção de competência da figura parental relativamente ao desempenho do seu papel e diz respeito ao conhecimento dos pais relativamente ao modo como podem gerir o comportamento da criança e à capacidade para tomarem decisões; a Vinculação avalia o investimento intrínseco da figura parental no exercício do seu papel; a subescala Restrições do Papel avalia o impacto que a parentalidade apresenta na liberdade pessoal e noutros papéis e o impacto negativo das perdas e ressentimento associados à perceção parental de abandono de papéis importantes na sua vida; a Depressão avalia o grau de prejuízo da disponibilidade emocional da figura parental face à criança e de que forma a energia emocional e física da figura parental está comprometida; a Relação com o/a Marido/Mulher avalia o apoio físico e emocional que é concedido para auxiliar o desempenho do papel parental e permite definir o nível de conflito na relação, que se associa ao funcionamento parental; o Isolamento Social avalia o isolamento social da figura parental e a disponibilidade de apoio social para o desempenho desse papel; e a Saúde Parental avalia o

impacto da saúde física da figura parental na sua capacidade para satisfazer as exigências associadas ao papel parental (Abidin, 2003).

A versão portuguesa (Santos, 1992) é constituída por 132 itens, incluindo 24 itens referentes à escala opcional *Stress* da Vida que avalia fatores de *stress* situacional que moderam ou exacerbam o *stress* no funcionamento parental. Esta escala não foi contemplada na investigação realizada. Os restantes 108 itens estão divididos nos domínios anteriormente referidos.

A aplicação deste instrumento é individual, podendo ser aplicado pelos pais ou pelas mães. É constituído por um caderno de aplicação e uma folha de respostas. As respostas são fornecidas na folha de resposta numa escala de *Likert* de 5 pontos, na qual “Discordo Completamente” corresponde a 1 e “Concordo Completamente” corresponde a 5. Através da aplicação deste instrumento é possível obter três tipos de resultados: um para cada um dos subdomínios, um para cada domínio e um resultado total (referente ao somatório dos dois domínios). Quanto mais elevado for o resultado, maior é o nível de *stress* experienciado pela figura parental.

Este instrumento possui boas qualidades psicométricas em termos de validade e para a população portuguesa, no que diz respeito aos seus domínios e nível de *stress* total (α de Cronbach dos domínios varia entre 0,85 e 0,91) (Santos, 1992). Em relação à validade dos subdomínios, não apresentam todos adequada validade interna (Santos, 2002).

Relativamente a este instrumento, no presente estudo foram incluídos o Domínio da Criança (α de Cronbach = 0,88) e o Domínio dos Pais (α de Cronbach = 0,92).

No Domínio da Criança foram incluídos subdomínios específicos, nomeadamente o subdomínio Distração/Hiperatividade (α de Cronbach = 0,81), Aceitação (α de Cronbach = 0,74) e Maleabilidade de Adaptação (α de Cronbach = 0,67). No subdomínio Humor, foi retirado o item 15, de forma a obter-se um valor aceitável de confiabilidade (α de Cronbach = 0,71). No subdomínio Exigência, foi retirado o item 43, de forma a obter-se um valor aceitável de confiabilidade (α de Cronbach = 0,61). Os subdomínios Reforço aos Pais e Autonomia não foram incluídos, pois através da análise de confiabilidade não se obtiveram valores aceitáveis.

No Domínio dos Pais foram também incluídos subdomínios específicos, nomeadamente o subdomínio Sentido de Competência (α de Cronbach = 0,62), Restrição do Papel (α de Cronbach = 0,88), Depressão (α de Cronbach = 0,79), Relação com Marido/Mulher (α de Cronbach = 0,75) e Isolamento Social (α de Cronbach = 0,63).

Os subdomínios Vinculação e Saúde Parental não foram incluídos, pois através da análise de confiabilidade, não se obtiveram valores aceitáveis.

Em anexo (Anexo 3) encontra-se um excerto do questionário.

Questionário de Práticas Parentais (PPI)

O Questionário de Práticas Parentais, na versão original *Parent Practices Interview* (PPI) traduzido e adaptado para a população portuguesa por Gaspar e Santos (2008), foi desenvolvido no âmbito do projeto “Os Anos Incríveis” na Universidade de Washington – Parenting Clinic (Webster-Stratton, 1998). Trata-se de um instrumento de autorrelato apresentado aos cuidadores primários da criança, com o objetivo de avaliar a percepção parental em relação ao modo como exercem a parentalidade, as formas de educar as crianças e ensiná-las a distinguir o bem e o mal.

O questionário é constituído por duas escalas: Parentalidade Positiva e Parentalidade Negativa. A escala Parentalidade Positiva subdivide-se em cinco subescalas e a escala Parentalidade Negativa subdivide-se em duas subescalas.

As subescalas da Parentalidade Positiva designam-se: Disciplina Apropriada (por exemplo, “Se o seu filho/filha se recusou a fazer algo que o/a mandou fazer, quantas vezes lhe tira privilégios. Coisas que ele/a gosta de fazer (como ver televisão ou brincar com os amigos?”); Disciplina Verbal Positiva (por exemplo, “Se o seu filho/filha bater noutra criança, quantas vezes discute o problema com ele/a ou faz-lhe perguntas sobre o que aconteceu?”); Monitorização (por exemplo, “Quantas horas é que o seu filho/filha ficou em casa sem a presença de um adulto nas últimas 24 horas?”); Elogios e Incentivos (por exemplo, “Quando o seu filho/a vai para a cama quando o anda ou se levanta a horas, quantas vezes o elogia?”); e Expectativas Claras (por exemplo, “Se o seu filho/a bater noutra criança, quantas vezes dá ao seu filho/a tarefas para ele/a fazer como castigo?”).

As subescalas da Parentalidade Negativa são Disciplina Inconsistente e Rígida (por exemplo, “Se o seu filho/filha bater noutra criança, quantas vezes levanta a voz – ralha ou grita?”) e Punição Física (por exemplo, “Se o seu filho/filha se recusou a fazer algo que o/a mandou fazer, quantas vezes lhe bate?”).

As respostas são fornecidas numa escala de *Likert* de 5 pontos, na qual 1 corresponde a “Nunca” e 5 corresponde a “Sempre”. A pontuação de cada subescala é obtida através da média das pontuações atribuídas nos itens que a constituem. Quanto mais alta é a pontuação obtida, mais negativas são as práticas parentais utilizadas relativamente à parentalidade negativa e mais positivas são as práticas parentais utilizadas relativamente à parentalidade positiva. Este questionário mostrou ter boas qualidades psicométricas no que diz respeito à

validade, com o alfa de Cronbach a variar entre 0,54 e 0,82 (Parenting Practices Interview, 2003).

No presente estudo foram incluídas as escalas Parentalidade Negativa (α de Cronbach = 0,86) e Parentalidade Positiva (α de Cronbach = 0,58).

Relativamente à escala Parentalidade Negativa, foram incluídas as subescalas Disciplina Incosistente e Rígida (α de Cronbach = 0,83) e Punição Física (α de Cronbach = 0,91).

Em relação à escala Parentalidade Positiva, foram incluídas as subescalas Disciplina Apropriada (α de Cronbach = 0,67) e Expectativas Claras (α de Cronbach = 0,66). Na subescala Disciplina Verbal Positiva foi retirada a alínea e) do item 9, de forma a obter-se um valor aceitável de confiabilidade (α de Cronbach = 0,64).

As subescalas Monitorização e Elogios e Incentivos não foram incluídas, pois através da análise de confiabilidade, não se obtiveram valores aceitáveis.

Em anexo (Anexo 4) encontra-se um excerto do questionário.

Escala de Regulação Emocional Parental (PERS)

A *Parent Emotion Regulation Scale* (PERS), traduzida e adaptada para a população portuguesa para Escala de Regulação Emocional Parental por Pereira, Barros, Roberto e Marques (2017), avalia a regulação de emoções negativas no contexto da parentalidade.

Esta escala é constituída por 20 itens, divididos em quatro dimensões distintas de regulação emocional parental: Orientação para as Emoções da Criança (capacidade de os pais estarem atentos às emoções negativas da criança e reunirem esforços para compreender as emoções da criança), Aceitação das Emoções da Criança (capacidade de aceitar as emoções negativas como parte da parentalidade, ou seja, refere-se à capacidade de os pais aceitarem as suas próprias emoções e aceitarem as manifestações emocionais da criança), Evitamento das Emoções da Criança (dificuldade em tolerar algum grau de emoções negativas da criança e evitamento parental da expressão de emoções negativas pela criança) e Falta de Controlo Emocional (dificuldade de os pais gerirem as suas emoções negativas perante os filhos e, consequentemente, de alcançarem objetivos relacionados com a parentalidade, como por exemplo, ajudar a criança a resolver um determinado problema).

As respostas aos itens são registadas numa escala de *Likert* de 5 pontos, em que 0 corresponde a “Nunca ou Quase nunca” e 4 corresponde a “Sempre ou Quase sempre”.

Esta escala possui adequadas qualidades psicométricas no que diz respeito à validade e fidelidade (Pereira et al., 2017).

Relativamente a este instrumento, no presente estudo foram incluídas as dimensões Orientação para as Emoções da Criança (α de Cronbach = 0,86), Evitamento das Emoções da Criança (α de Cronbach = 0,87) e Falta de Controlo Emocional (α de Cronbach = 0,73). A dimensão Aceitação das Emoções da Criança não foi incluída, pois através da análise de confiabilidade não se obteve um valor aceitável.

Em anexo (Anexo 5) encontra-se um excerto do questionário.

Escala de Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos (CCNES)

A *Coping with Children's Negative Emotions Scale* (CCNES) desenvolvida por Fabes, Eisenber e Bernzweig (1990), foi adaptada e traduzida para a população portuguesa para Escala de Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos por Alves e Cruz (2011). Trata-se de um questionário de autorrelato que tem como objetivo avaliar a perceção dos pais relativamente às suas reações face a situações em que os filhos manifestam emoções negativas.

Neste autorrelato, são apresentadas aos pais 12 situações hipotéticas que podem potenciar emoções negativas na criança, em relação às quais a criança é frequentemente exposta (por exemplo, “Se o/a meu/minha filho/a perde uma coisa de que gosta muito e reage a chorar, eu...”). Para cada situação, são apresentadas 7 reações possíveis que os pais podem manifestar. Assim, é pedido aos pais que registem a probabilidade de manifestarem cada uma das 7 reações apresentadas numa escala de *Likert* de 7 pontos, em que 1 corresponde a “nada provável” e 7 corresponde a “muito provável” (Alves & Cruz, 2011).

Este instrumento contempla sete subescalas organizadas em duas escalas: Reações Parentais Negativas e Reações Parentais Construtivas. A Escala de Reações Parentais Negativas inclui quatro subescalas: Reações de Aborrecimento (desconforto e perturbação dos pais perante a expressão de emoções negativas pela criança); Reações Punitivas (punição verbal/física perante a expressão de uma emoção com o propósito de a reprimir); Reações de Minimização (desvalorização da reação emocional da criança ou do problema que a originou, com o objetivo de restringir a expressão emocional); Ignorar a Criança (ignorar a criança quando expressa um emoção negativa). A Escala de Reações Parentais Construtivas inclui três subescalas: Encorajamento Expressivo (comportamentos de encorajamento ou validação da expressão emocional negativa da criança); Reações Centradas na Emoção (ajudam a criança a procurar estratégias para lidar adequadamente com o que sente); e Reações Centradas no Problema (auxiliam a criança a lidar com as emoções através da centração no problema que as

originou) (Alves & Cruz, 2011; Fabes, Poulin, Eisenberg, & Madden-Derdich, 2002; Mirabile, 2015).

O CCNES apresenta adequadas qualidades psicométricas, em termos de validade, com o alfa de Cronbach a variar entre 0,65 e 0,92 (Mirabile, 2015). O mesmo se verifica para a adaptação portuguesa deste instrumento, com índices de fidelidade adequados, à exceção da subescala de Reações de Aborrecimento (α de Cronbach = 0,37) (Alves & Cruz, 2011).

No presente estudo foram incluídas as Escalas Respostas Parentais Negativas (α de Cronbach = 0,91) e Respostas Parentais Construtivas (α de Cronbach = 0,93).

Relativamente à escala Resposta Parentais Negativas, foram incluídas as subescalas Reações de Aborrecimento (α de Cronbach = 0,75), Reações Punitivas (α de Cronbach = 0,77), Reações de Minimização (α de Cronbach = 0,79) e Ignorar a Criança (α de Cronbach = 0,72).

Em relação à escala Respostas Parentais Construtivas, foram incluídas as subescalas Encorajamento Expressivo (α de Cronbach = 0,87), Reações Centradas nas Emoções (α de Cronbach = 0,87) e Reações Centradas no Problema (α de Cronbach = 0,78),

Em anexo (Anexo 6) encontra-se um excerto do questionário.

Procedimentos de Recolha dos Dados

Seguindo o mesmo procedimento do estudo anterior (Santos, 2019), a amostra foi recolhida através da sinalização das crianças em duas consultas do Hospital onde o estudo se realizou: a consulta de Desenvolvimento e a consulta de Psicologia Pediátrica. Em cada uma das consultas a Pediatra e a Psicóloga, respetivamente, identificaram os casos que cumpriam os critérios de inclusão do estudo.

Devido às circunstâncias da pandemia Covid-19, a recolha dos dados dos 15 participantes englobou duas modalidades: recolha dos dados presencialmente no Hospital onde o estudo foi desenvolvido, no total de 8 casos, e recolha não presencial dos dados através do envio dos questionários via correio, no total de 7 casos.

A recolha de dados desenvolvida no Hospital ocorreu através da consulta de Desenvolvimento, na qual aos pais com consulta agendada com a Pediatra do Desenvolvimento foram explicados, no início da consulta, os objetivos e características do estudo e, perante a aceitação de participação no estudo, no total de 4 casos, procedeu-se ao agendamento de uma data para preenchimento dos questionários, no Hospital. Na data agendada foi também entregue o Consentimento Informado e Esclarecido (Anexo 7). No hospital, a recolha também ocorreu através da consulta de Psicologia Pediátrica, com os participantes que cumpriam os critérios de inclusão do estudo e que estavam a ser acompanhados nessa consulta. Pelo que, no início

da consulta de Psicologia Pediátrica foram explicados os objetivos e características do estudo e pedida autorização para consulta e utilização dos dados constantes no processo e, perante a aceitação de participação no estudo, no total de 4 casos, procedeu-se ao agendamento de uma data para preenchimento dos questionários, no Hospital. Na data agendada foi também entregue o Consentimento Informado e Esclarecido (Anexo 7).

Relativamente à recolha de dados não presencial, os pais identificados pela Pediatra e pela Psicóloga foram contactados telefonicamente para explicar os objetivos e características do estudo e, aos que aceitaram, foram enviados os questionários e Consentimento Informado e Esclarecido (Anexo 7), os quais foram posteriormente recolhidos. Através deste método de recolha, foi possível recolher dados de 3 participantes seguidos na consulta de Psicologia Pediátrica e 4 participantes seguidos na consulta de Desenvolvimento.

Considerações Éticas

O presente estudo foi submetido e aceite pela Comissão de Ética do Hospital, tendo o parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica (UCI) e o Encarregado para a Proteção de Dados (EDP), emitido em 2019. Foram seguidos todos os procedimentos éticos inscritos na Declaração de Helsínquia, sendo preservada a confidencialidade dos participantes. Os dados recolhidos foram anonimizados e colocados numa base de dados para posterior estudo estatístico.

Os questionários apenas estiveram acessíveis à equipa de investigação e, após a introdução dos dados na base de dados, foram guardados em local apenas acessível aos investigadores.

Procedimentos de Análise dos Dados

A análise dos dados foi desenvolvida com recurso ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 26).

O primeiro procedimento de análise dos dados foi à análise de medidas de tendência central e de dispersão. Em seguida, procedeu-se, através da avaliação do alfa de Cronbach, à análise do grau de confiabilidade de cada escala e respetivas subescalas consideradas no estudo. Seguidamente realizou-se a verificação da normalidade de cada escala e subescala e a análise das diferenças nas variáveis em estudo, tendo em conta o estatuto socioeconómico, o nível de escolaridade dos pais, o sexo da criança e a idade gestacional. Quando o pressuposto de normalidade de distribuição foi verificado através do teste de Shapiro-Wilk, utilizou-se o teste

t. Quando o pressuposto não se encontrou satisfeito, utilizou-se o teste não paramétrico, alternativo ao teste t, o teste U de Mann-Whitney. Depois, foram analisadas as correlações entre as diferentes variáveis, através do Coeficiente de Correlação de Pearson ou do Coeficiente de Correlação de Spearman. Por último, devido às correlações verificadas, foi realizada uma regressão linear múltipla hierárquica.

Capítulo III – Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados do presente estudo.

A apresentação dos resultados é orientada pela sequência dos objetivos específicos do estudo.

Objetivo específico 1 – Descrever a percepção parental de problemas de comportamento da criança

Na tabela 9 são apresentados os resultados das medidas de tendência central e de dispersão obtidas nas escalas do CBCL.

Tabela 9

Medidas de tendência central e de dispersão do CBCL

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Escala de Internalização	48	33	75	54,65	9,69
Escala de Externalização	48	33	79	50,31	11,49
Escala Total de Problemas	48	26	78	52,96	11,47

Como se observa na tabela 9, verifica-se que os valores médios obtidos nas escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas se encontram dentro dos valores normativos (<63). A escala de Internalização e a escala de Externalização apresentam diferenças estatisticamente significativas ($t_{(47)}=3,81$, $p<0,01$), sendo os valores superiores na escala de Internalização.

Objetivo específico 2 – Descrever o nível de *stress* parental

Na tabela 10 são apresentados os resultados das medidas de tendência central e de dispersão obtidas nos domínios e subdomínios do PSI.

Tabela 10

Medidas de tendência central e de dispersão do PSI

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Domínio da Criança	48	53,00	135,00	84,62	19,09
Distração/Hiperatividade	48	10,00	34,00	20,50	6,02
Humor*	48	3,00	11,00	5,21	2,43
Aceitação	48	8,00	30,00	15,27	5,38
Maleabilidade de Adaptação	48	17,00	47,00	28,67	5,90
Exigência**	48	8,00	28,00	14,98	4,19
Domínio dos Pais	48	54,00	148,00	93,40	21,76
Sentido de Competência	48	20,00	43,00	27,98	5,32
Restrição do Papel	48	7,00	34,00	17,48	6,73
Depressão	48	9,00	33,00	19,08	5,89
Relação com Marido/Mulher	48	7,00	27,00	15,75	5,20
Isolamento Social	48	7,00	27,00	13,10	3,78

*item 15 excluído

**item 43 excluído

Como se observa na tabela 10, verificam-se resultados mais elevados no Domínio dos Pais, indicadores de níveis mais elevados de *stress* associados a este domínio. Contudo, a análise parcial dos subdomínios mostra níveis mais elevados de *stress* associados às características da criança. Verifica-se assim que no Domínio da Criança, os subdomínios Distração/Hiperatividade e Maleabilidade de Adaptação do Domínio apresentam valores indicadores de níveis mais elevados de *stress* e o subdomínio Humor apresenta um valor indicador de níveis mais reduzidos de *stress*. No Domínio dos Pais, o subdomínio Sentido de Competência é o que apresenta um valor indicador de níveis mais elevados de *stress* e o subdomínio Isolamento Social é o que apresenta um valor indiciador de níveis mais reduzidos de *stress*.

Objetivo específico 3 – Descrever as práticas parentais referidas pelos pais

Na tabela 11 são apresentados os resultados das medidas de tendência central e de dispersão obtidas nas escalas e subescalas do PPI.

Tabela 11

Medidas de tendência central e de dispersão do PPI

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Parentalidade Positiva	48	2,56	4,00	3,14	0,29
Disciplina Apropriada	48	2,25	4,50	3,29	0,48
Expectativas Claras	48	1,17	3,50	2,13	0,56
Disciplina Verbal Positiva*	48	1,88	4,75	3,67	0,58
Parentalidade Negativa	48	1,33	3,43	2,24	0,52
Disciplina Inconsistente e Rígida	48	1,20	3,67	2,41	0,55
Punição Física	48	1,00	5,00	1,80	0,78

*item 9e excluído

Como se observa na tabela 11, verificam-se resultados mais elevados na escala de Parentalidade Positiva, indicadores de maior utilização deste tipo de práticas parentais. A Disciplina Verbal Positiva e Disciplina Apropriada são reportadas pelas mães como as práticas parentais positivas mais utilizadas e as Expectativas Claras são reportadas como a prática parental positiva menos utilizada. A Disciplina Inconsistente e Rígida é reportada pelas mães como a prática parental negativa mais utilizada e a Punição Física é reportada como a prática parental negativa menos utilizada.

Objetivo específico 4 – Descrever a autorregulação parental no exercício da parentalidade

Na tabela 12 são apresentados os resultados das medidas de tendência central e de dispersão obtidas nas subescalas do PERS.

Tabela 12

Medidas de tendência central e de dispersão do PERS

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Orientação para as Emoções da Criança	48	2,00	4,00	3,52	0,55
Evitamento das Emoções da Criança	48	0,33	3,67	1,93	0,99
Falta de Controlo Emocional	48	0,00	2,60	1,05	0,69

Como se observa na tabela 12, verifica-se um valor mais elevado na subescala Orientação para as Emoções da Criança, o que indica que as mães mostram ter boa capacidade para estarem atentas às emoções da criança e reunirem esforços para compreender as mesmas. Verifica-se um valor mais baixo na subescala Falta de Controlo Emocional, indicador de alguma dificuldade materna em gerir as suas próprias emoções perante a criança.

Objetivo específico 5 – Descrever o autorrelato da resposta parental a perante emoções negativas da criança

Na tabela 13 são apresentados os resultados das medidas de tendência central e de dispersão obtidas nas escalas e subescalas da CCNES.

Tabela 13

Medidas de tendência central e de dispersão do CCNES

	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Respostas Parentais Negativas	48	1,29	4,54	2,25	0,71
Reações de Aborrecimento	48	1,00	4,67	2,09	0,81
Reações Punitivas	48	1,00	4,75	2,08	0,83
Ignorar a Criança	48	1,00	3,83	1,69	0,69
Reações de Minimização	48	1,33	5,83	3,15	0,99
Respostas Parentais Construtivas	48	1,86	6,64	5,50	0,91
Encorajamento Expressivo	48	1,00	6,83	5,07	1,15
Reações Centradas nas Emoções	48	2,25	6,92	5,80	0,99
Reações Centradas no Problemas	48	2,33	6,67	5,61	0,84

Como se observa na tabela 13, verificam-se valores mais elevados na escala Respostas Parentais Construtivas, o que indica uma maior manifestação deste tipo de respostas perante as emoções negativas da criança. As Reações Centradas nas Emoções e Reações Centradas no Problema são reportadas pelas mães como as respostas parentais construtivas mais utilizadas perante as emoções negativas da criança. As Reações de Minimização são reportadas pelas mães como as respostas parentais negativas mais utilizadas e Ignorar a Criança é reportada como a resposta parental menos utilizada perante as emoções negativas da criança.

Objetivo específico 6 – Analisar as diferenças nas variáveis em estudo, tendo em conta as variáveis caracterizadoras (nível socioeconómico, grau de escolaridade dos pais, sexo da criança e idade gestacional).

Perceção parental de problemas de comportamento da criança (CBCL) em função do nível socioeconómico, grau de escolaridade das mães, sexo da criança e idade gestacional

Relativamente à perceção parental de problemas de comportamento da criança, verificaram-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Nível socioeconómico – entre as mães de nível socioeconómico baixo e médio-baixo (n=25) e nível socioeconómico médio e alto (n=23) nas escalas Internalização ($t_{(46)}=3,31$, $p<0,01$), Externalização ($t_{(46)}=3,40$; $p<0,01$) e Total de Problemas ($t_{(46)}=3,06$; $p<0,01$) do CBCL, sendo superiores os valores para as mães de nível socioeconómico baixo e médio-baixo;

Escolaridade – entre as mães sem e com escolaridade mínima (n=21) e com curso médio e superior (n=27) nas escalas Internalização ($t_{(46)}=3,84$, $p<0,01$) e Total de Problemas ($t_{(46)}=2,51$, $p=0,02$) do CBCL, sendo superiores os resultados para as mães sem e com escolaridade mínima;

Sexo da criança – entre crianças do sexo masculino (n=24) e sexo feminino (n=24) nas escalas Internalização ($t_{(46)}=3,98$, $p<0,01$), Externalização ($t_{(46)}=3,48$, $p<0,01$) e Total de Problemas ($t_{(46)}=3,29$, $p<0,01$) do CBCL, sendo os valores superiores para crianças do sexo masculino;

Idade Gestacional – entre crianças com IG<32 semanas (n=28) e com IG≥32 semanas (n=20) na escala Internalização ($t_{(27,72)}=-2,41$, $p=0,02$) do CBCL, sendo superiores os valores para crianças com IG≥32 semanas.

Stress Parental (PSI) em função do nível socioeconómico, grau de escolaridade das mães, sexo da criança e idade gestacional

Relativamente ao stress parental, verificaram-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Nível socioeconómico – entre as mães de nível socioeconómico baixo e médio-baixo (n=25) e nível socioeconómico médio e alto (n=23) no Domínio da Criança ($t_{(46)}=2,73$, $p=0,01$) e nas subescalas Distração/Hiperatividade ($t_{(46)}=-2,01$, $p=0,05$), Aceitação (MW=180,50, $p=0,03$), Maleabilidade de Adaptação ($t_{(46)}=2,67$, $p=0,01$) e Humor (MW=168,00, $p=0,01$) do PSI, sendo os valores superiores para as mães de nível socioeconómico baixo e médio-baixo;

Escolaridade – entre as mães sem e com escolaridade mínima (n=21) e com curso médio e superior (n=27), no Domínio da Criança ($t_{(46)}=2,88$, $p=0,01$) e nas subescalas Aceitação (MW=136,50, $p<0,01$), Maleabilidade de Adaptação ($t_{(31,77)}=3,26$, $p<0,01$) e Isolamento Social (MW=174,00, $p=0,02$) do PSI, sendo superiores os valores para as mães sem e com escolaridade mínima.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre crianças do sexo masculino (n=24) e do sexo feminino (n=24) nos domínios e subescalas do PSI e entre crianças com IG<32 semanas (n=28) e com IG≥32 semanas (n=20) nos domínios e subescalas do PSI.

Práticas Parentais (PPI) em função do nível socioeconómico, grau de escolaridade das mães, sexo da criança e idade gestacional

Relativamente às práticas parentais, verificaram-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Nível socioeconómico – entre as mães de nível socioeconómico baixo e médio-baixo (n=25) e de nível socioeconómico médio e alto (n=23) na escala Parentalidade Negativa ($t_{(46)}=2,36$, $p=0,02$) e Parentalidade Positiva ($t_{(46)}=2,09$, $p=0,04$), e nas subescalas Punição Física (MW=112,00, $p<0,01$) e Expectativas Claras ($t_{(46)}=2,63$, $p=0,01$) do PPI, sendo superiores os valores para as mães de nível socioeconómico baixo e médio-baixo;

Escolaridade - entre as mães sem e com escolaridade mínima (n=21) e com curso médio e superior (n=27) na escala Punição Física (MW=182,50, $p=0,03$) do PPI, sendo superiores os valores para as mães sem e com escolaridade mínima;

Sexo da criança – entre crianças do sexo masculino (n=24) e do sexo feminino (n=24) na subescala Disciplina Inconsistente e Rígida ($t_{(46)}=2,00$, $p=0,05$) e Disciplina Apropriada ($t_{(35,92)}=2,46$, $p=0,02$) do PPI, sendo os valores superiores para crianças do sexo masculino;

Idade Gestacional - entre crianças com IG<32 semanas (n=28) e com IG≥32 semanas (n=20) na escala Parentalidade Negativa ($t_{(28,62)}=-2,82$, $p=0,01$) e nas subescalas Disciplina Inconsistente e Rígida ($t_{(46)}=-1,98$, $p=0,05$) e Punição Física (MW=134,50, $p<0,01$) do PPI, sendo superiores os valores para as crianças com IG≥32 semanas.

Autorregulação Parental (PERS) em função do nível socioeconómico, grau de escolaridade das mães, sexo da criança e idade gestacional

Relativamente à autorregulação parental, verificaram-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Nível socioeconómico – entre as mães de nível socioeconómico baixo e médio-baixo (n=25) e de nível socioeconómico médio e alto (n=23) nas subescalas Evitamento das Emoções da Criança ($t_{(46)}=3,12$, $p<0,01$) e Falta de Controlo Emocional ($t_{(46)}=2,16$, $p=0,04$) do PERS, sendo superiores os valores para as mães de nível socioeconómico baixo e médio-baixo;

Sexo da Criança – entre crianças do sexo masculino (n=24) e do sexo feminino (n=24) na subescala Falta de Controlo Emocional ($t_{(46)}=2,09$, $p=0,04$) do PERS, sendo os resultados superiores para o sexo masculino;

Idade Gestacional – entre crianças com IG<32 semanas (n=28) e com IG≥32 semanas (n=20) na subescala Falta de Controlo Emocional ($t_{(46)}=-2,95$, $p=0,01$) do PERS, sendo superiores os resultados para crianças.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as mães sem e com escolaridade mínima (n=21) e com curso médio e superior (n=27).

Reações Parentais perante as Emoções Negativas da Criança (CCNES) em função do nível socioeconómico, grau de escolaridade das mães, sexo da criança e idade gestacional

Relativamente às reações parentais perante as emoções negativas da criança, verificaram-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Idade Gestacional - entre crianças com IG< 32 semanas (n=28) e com IG≥32 semanas (n=20) na subescala Reações Punitivas (MW=162,50 $p=0,01$) do CCNES, sendo superiores para crianças com IG≥32 semanas.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as mães de nível socioeconómico baixo e médio-baixo (n=25) e nível socioeconómico médio e alto (n=23); entre as mães sem e com escolaridade mínima (n=21) e com curso médio e superior (n=27); e entre crianças do sexo masculino (n=24) e do sexo feminino (n=24). Apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Objetivo 7 – Estudar as associações entre as variáveis *stress* parental, práticas parentais, autorregulação parental, resposta parental perante emoções negativas da criança e a variável percepção parental de problemas de comportamento da criança

Associação entre percepção parental de problemas de comportamento da criança e stress parental

Na tabela 14 são apresentadas as correlações obtidas entre os domínios e subdomínios do PSI e as escalas da CBCL.

Tabela 14

Correlação entre os domínios e escalas do PSI e as escalas da CBCL (n=48)

	Internalização	Externalização	Total de Problemas
Domínio da Criança	0,63**	0,68**	0,76**
Distração/Hiperatividade	0,46**	0,63**	0,65**
Humor	0,39**	0,61**	0,55**
Aceitação	0,59**	0,59**	0,74**
Maleabilidade de Adaptação	0,53**	0,39**	0,55**
Exigência	0,44**	0,41**	0,55**
Domínio dos Pais	0,52**	0,49**	0,57**
Sentido de Competência	0,43**	0,43**	0,54**
Restrição do Papel	0,41**	0,38**	0,40**
Depressão	0,49**	0,45**	0,55**
Relação Marido/Mulher	0,27	0,31*	0,35*
Isolamento Social	0,48**	0,41**	0,49**

*p≤0,05

**p≤0,01

Através da análise da tabela 14 verificam-se correlações positivas estatisticamente significativas, de magnitude moderada a elevada, entre o Domínio da Criança, o Domínio dos Pais, os subdomínios Distração/Hiperatividade, Humor, Aceitação, Maleabilidade de Adaptação, Exigência, Sentido de Competência, Restrição do Papel, Depressão e Isolamento e as escalas de Internalização, Externalização e Total de Problemas. Verifica-se uma correlação positiva estatisticamente significativa, de magnitude moderada, entre o subdomínio Relação Marido/Mulher e as escalas Externalização e Total de Problemas.

Correlação entre percepção parental de problemas de comportamento da criança e práticas parentais

Na tabela 15 são apresentadas as correlações obtidas entre as escalas e subescalas do PPI e as escalas da CBCL.

Tabela 15

Correlação entre as escalas e subescalas do PPI e as escalas da CBCL (n=48)

	Internalização	Externalização	Total de Problemas
Parentalidade Positiva	0,06	0,16	0,05
Disciplina Apropriada	0,18	0,16	0,13
Expectativas Claras	0,23	0,17	0,17
Disciplina Verbal Positiva	- 0,32*	- 0,21	- 0,30*
Parentalidade Negativa	0,60**	0,54**	0,57**
Disciplina Inconsistente e			
Rígida	0,53**	0,50**	0,52**
Punição Física	0,43**	0,26	0,31*

*p≤0,05

**p≤0,01

Através da análise da tabela 15 verificam-se correlações positivas estatisticamente significativas, de magnitude elevada, entre a escala Parentalidade Negativa, a subescala Disciplina Inconsistente e Rígida e as escalas Internalização, Externalização e Total de Problemas. Verificam-se também correlações negativas estatisticamente significativas, de magnitude moderada, entre a subescala Disciplina Verbal Positiva e as escalas Internalização e Total de Problemas e correlações positivas estatisticamente significativas, de magnitude moderada, ente a subescala Punição Física e as escalas Internalização e Total de Problemas.

Correlação entre percepção parental de problemas de comportamento da criança e a autorregulação parental.

Na tabela 16 são apresentadas as correlações obtidas entre as escalas do PERS e as escalas da CBCL.

Tabela 16

Correlação entre as escalas do PERS e as escalas da CBCL (n=48)

	Internalização	Externalização	Total de Problemas
Orientação para as Emoções da Criança	- 0,23	- 0,24	- 0,26
Evitamento das Emoções da Criança	0,32*	0,34*	0,36*
Falta de Controlo Emocional	0,55**	0,50**	0,58**

*p≤0,05

**p≤0,01

Através da análise da tabela 16 verificam-se correlações positivas estatisticamente significativas, de magnitude moderada a elevada, entre as subescalas Evitamento das Emoções da Criança e Falta de Controlo Emocional e as escalas Internalização, Externalização e Total de Problemas.

Correlação entre percepção parental de problemas de comportamento da criança e as reações parentais perante as emoções negativas da criança.

Na tabela 17 são apresentadas as correlações obtidas entre as escalas e subescalas do CCNES e as escalas da CBCL.

Tabela 17

Correlação entre as escalas e subescalas do CCNES e as escalas da CBCL (n=48)

		Internalização	Externalização	Total de Problemas
Respostas Parentais Negativas		0,32*	0,22	0,20
Reações de Aborrecimento		0,29*	0,21	0,22
Reações Punitivas		0,20	0,17	0,12
Reações de Minimização		0,45**	0,31*	0,31*
Ignorar a Criança		0,13	0,06	0,03
Respostas Parentais Construtivas		0,05	0,14	0,08
Encorajamento Expressivo		- 0,00	0,00	- 0,00
Reações Centradas nas Emoções		0,00	0,10	0,00

Reações Centradas no			
Problema	0,09	0,17	0,08

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

Através da análise da tabela 17 verificam-se correlações positivas estatisticamente significativas, de magnitude moderada, entre a subescala Reações de Minimização e as escalas Internalização, Externalização e Total de Problemas. Verificam-se ainda correlações positivas estatisticamente significativas, de magnitude fraca a moderada, entre a escala Respostas Parentais Negativas, a subescala Reações de Aborrecimento e a escala de Internalização.

Modelo explicativo da percepção parental de problemas de comportamento

De forma a explorar a influência independente de variáveis sociodemográficas e das variáveis em estudo para a percepção parental de problemas de comportamento, foram realizadas análises de regressão linear múltipla hierárquica.

Num primeiro passo foram incluídas no modelo variáveis sociodemográficas, nomeadamente o sexo da criança e nível socioeconómico. Num segundo passo, foram incluídos os dois domínios de *stress* referentes à criança e aos pais do PSI e num terceiro passo foi incluída a subescala de disciplina inconsistente e rígida do PPI.

Na tabela 18 são apresentados os resultados da regressão linear múltipla, tendo como variável dependente a percepção parental de problemas de internalização da criança.

Tabela 18

Regressão linear múltipla tendo por variável dependente a percepção parental de problemas de internalização da criança (N=48)

	R ²	F	B	DP	t	p
1º Passo	0,37	14,95*				
Sexo da Criança			-8,79	2,23	-3,94	<0,01
Nível Socioeconómico			-7,32	2,24	-3,27	<0,01
2º Passo	0,60	14,18*				
Sexo da Criança			-7,51	1,79	-4,18	<0,01
Nível Socioeconómico			-4,35	1,91	-2,28	0,03
Domínio da Criança			0,16	0,06	2,69	0,01
Domínio dos Pais			0,12	0,05	2,32	0,02

3º Passo	0,63	3,90**			
Sexo da Criança		-6,60	1,80	-3,67	<0,01
Nível Socioeconómico		-4,12	1,85	-2,23	0,03
Domínio da Criança		0,16	0,06	2,73	0,01
Domínio dos Pais		0,08	0,05	1,46	0,15
Disciplina					
Inconsistente e Rígida		3,63	1,84	1,98	0,06

* p<0,01

**p=0,06

Como se pode observar na tabela 18 verifica-se que o sexo da criança (neste caso o sexo masculino), o nível socioeconómico baixo e médio-baixo e o domínio da criança são preditores significativos dos problemas de internalização, controlando todas as outras variáveis incluídas. Apesar de a disciplina inconsistente e rígida não ser um preditor significativo, apresenta um valor marginal significativo e a sua inclusão apresenta uma mudança marginalmente significativa no valor preditivo do modelo. Verifica-se ainda, através do segundo passo, que o domínio da criança e o domínio dos pais explica bastante a variância dos problemas de internalização. Contudo, o domínio dos pais perde o seu efeito significativo quando se adiciona no modelo a disciplina inconsistente e rígida.

No seu conjunto, as variáveis predictoras incluídas no modelo final explicam cerca de 63% da variabilidade da perceção parental de problemas de internalização da criança.

Na tabela 19 são apresentados os resultados da regressão linear múltipla, tendo como variável dependente a perceção parental de problemas de externalização da criança.

Tabela 19

Regressão linear múltipla tendo por variável dependente a percepção parental de problemas de externalização da criança (N=48)

	R ²	F	B	DP	t	p
1º Passo	0,33	12,84*				
Sexo da Criança			-9,24	2,73	-3,39	<0,01
Nível Socioeconómico			-9,04	2,73	-3,31	<0,01
2º Passo	0,60	15,59*				
Sexo da Criança			-7,50	2,15	-3,49	<0,01
Nível Socioeconómico			-4,88	2,28	-2,14	0,04
Domínio da Criança			0,26	0,07	3,62	<0,01
Domínio dos Pais			0,09	0,06	1,52	0,13
3º Passo	0,62	3,55**				
Sexo da Criança			-6,46	2,16	-2,99	<0,01
Nível Socioeconómico			-4,62	2,22	-2,08	0,04
Domínio da Criança			0,26	0,07	3,67	<0,01
Domínio dos Pais			0,05	0,06	0,73	0,47
Disciplina Inconsistente e Rígida			4,16	2,21	1,88	0,07

* p<0,01

**p=0,07

Como se pode observar na tabela 19 verifica-se que, o sexo da criança (neste caso o sexo masculino), o nível socioeconómico baixo e médio-baixo e o domínio da criança são preditores significativos dos problemas de externalização, controlando todas as outras variáveis incluídas. Apesar de a disciplina inconsistente e rígida não ser um preditor significativo, apresenta um valor marginal significativo e a sua inclusão apresenta uma mudança marginalmente significativa no valor preditivo do modelo. Verifica-se ainda, através do segundo passo, que o domínio da criança e o domínio dos pais explica bastante a variância dos problemas de internalização, contudo o domínio dos pais não apresenta um efeito preditivo significativo.

No seu conjunto, as variáveis preditoras incluídas no modelo final explicam cerca de 62% da variabilidade da percepção parental de problemas de externalização da criança.

Capítulo IV - Discussão dos Resultados

Neste capítulo são discutidos os resultados de acordo com os objetivos do estudo. Como referido anteriormente, o objetivo geral foi analisar, na população de pais de crianças, entre os 4 e os 10 anos, nascidas prematuras, as associações entre o nível de *stress* parental, as práticas parentais, a autorregulação parental, a resposta parental perante emoções negativas da criança e a percepção parental de problemas de comportamento da criança.

Descrição da percepção parental de problemas de comportamento da criança, stress parental, práticas parentais, autorregulação parental e respostas parentais perante emoções negativas da criança e diferenças nas variáveis em estudo em função das variáveis caracterizadoras

Relativamente à percepção parental de problemas de comportamento da criança, os resultados do estudo mostram que as crianças nascidas prematuras incluídas neste estudo não apresentam níveis clínicos de problemas de externalização, internalização ou de problemas gerais de comportamento.

Os resultados de estudos prévios em que foram comparadas crianças nascidas prematuras e nascidas de termo são inconsistentes. Na revisão de literatura incluída nesta dissertação, a maioria dos estudos mostrou uma prevalência mais elevada de problemas de comportamento, particularmente problemas emocionais e problemas de atenção e hiperatividade, em crianças nascidas prematuras, comparativamente com crianças nascidas de termo (Dotinga et al., 2019; Hack et al., 2009; Hornman et al., 2016; Potharst et al., 2015; Reijneveld et al., 2006; Scott et al., 2012; Treyvaud et al., 2013; van Baar et al., 2009; Westrupp et al., 2012; Woodward et al., 2015). Também na revisão sistemática de literatura realizada por Cassiano e colaboradores (2016) em que foram analisados 16 estudos com crianças entre os 18 meses de idade ajustada e os 8 anos, foi verificado que as crianças nascidas prematuras apresentavam risco mais elevado de problemas emocionais e comportamentais (problemas de comportamento; de externalização; de atenção e hiperatividade; e de internalização) quando comparadas com crianças nascidas de termo. Esse risco mostrou-se ainda mais elevado pelas condições clínicas neonatais do recém-nascido prematuro (e.g. hemorragias intracranianas nos primeiros dias de vida).

No entanto, resultados diferentes foram encontrados por Gurka e colaboradores (2010) que, num estudo longitudinal realizado dos 4 aos 15 anos, não verificaram diferenças entre crianças nascidas tardiamente prematuras e nascidas de termo, relativamente à prevalência de

problemas comportamentais e socioemocionais. Com resultados similares, Pérez-Pereira e Baños (2019) não encontraram diferenças quanto à prevalência de problemas de internalização e externalização entre crianças nascidas prematuras (de baixo risco) e crianças nascidas de termo.

No presente estudo verificou-se que, mães com nível socioeconómico baixo e médio-baixo, diferiram significativamente de mães com nível socioeconómico médio e alto, reportando mais problemas de internalização e externalização e problemas gerais de comportamento dos seus filhos. Verificou-se ainda que mães sem ou com escolaridade mínima reportaram mais problemas de internalização e problemas gerais de comportamento, comparativamente com mães com curso médio e com curso superior. Estes resultados confirmam estudos anteriores que verificaram que o baixo nível socioeconómico está associado a uma maior prevalência de problemas externalização (Gerstein & Poehlmann-Tynan, 2015) e a pobres competências socioemocionais (Jones et al., 2013), e que o baixo/médio nível de educação parental está associado à perceção parental de mais problemas de comportamento em crianças nascidas prematuras (Potharst et al., 2015).

Relativamente ao sexo da criança, neste estudo, as mães de crianças do sexo masculino reportaram mais problemas de internalização, externalização e problemas gerais de comportamento. Estes resultados são parcialmente consistentes com os encontrados na revisão de literatura integrada neste estudo em que, a maioria dos estudos analisados, verificou maior prevalência de problemas de externalização no sexo masculino (Faleschini et al., 2020; Hack et al., 2009; Reijneveld et al., 2006; Scott et al., 2012) e, pelo contrário, maior prevalência de problemas de internalização no sexo feminino (Reijneveld et al., 2006).

São também parcialmente congruentes com os de Potijk e colaboradores (2015) que, num estudo com crianças com atraso de desenvolvimento nascidas moderada e tardiamente prematuras, verificaram maior prevalência de problemas de externalização no sexo masculino e maior prevalência de problemas de internalização no sexo feminino.

Relativamente ao stress parental, as mães que participaram no estudo revelaram, de um modo geral, níveis mais elevados de *stress* associado ao domínio parental, nomeadamente à perceção materna de reduzida competência para o desempenho do papel materno. Neste domínio, níveis mais baixos de *stress* mostraram dizer respeito ao isolamento social. Apesar de, no geral, os níveis de *stress* associados ao domínio da criança serem inferiores aos reportados em relação ao domínio dos pais, quando considerados os diferentes subdomínios, verificam-se valores mais elevados nos subdomínios associados à criança, em comparação com os subdomínios associados aos pais. Assim, em relação ao domínio das crianças verificaram-

se que os valores mais elevados de *stress* materno se encontram nos subdomínios que dizem respeito ao comportamento de distração/hiperatividade da criança e à dificuldade da criança em lidar com mudanças e transições. Os valores mais baixos de *stress*, neste domínio, foram encontrados em relação ao humor negativo da criança (choro excessivo, isolamento e depressão). Os resultados do presente estudo reforçam parcialmente os resultados de Treyvaud e colaboradores (2014), com elevados níveis de *stress* associados ao domínio da criança, nomeadamente a distração, adaptação, aceitação e exigência.

Considerando as características sociodemográficas das mães, os resultados do estudo mostram que mães de nível socioeconómico baixo e médio-baixo, comparativamente com mães de nível socioeconómico médio e alto, apresentam níveis gerais mais elevados de *stress*, em especial no que diz respeito ao domínio da criança e, mais especificamente, em relação ao comportamento de distração/hiperatividade da criança, à reduzida capacidade de adaptação da criança perante mudanças e transições e ao humor negativo da criança.

Além disso, verificou-se ainda que mães sem ou com escolaridade mínima reportaram níveis gerais mais elevados de *stress*, especialmente no que diz respeito ao domínio da criança e, mais especificamente, em relação à reduzida capacidade de adaptação da criança perante mudanças e transições, ao facto de a criança não corresponder às expectativas maternas e ao humor negativo da criança. Estas mães reportaram ainda níveis mais elevados de *stress* em relação ao isolamento social parental. Estes resultados reforçam os encontrados por Singer e colaboradores (2007) que, num estudo comparativo com dois grupos de crianças com 8 anos (um grupo nascidas com muito baixo peso e um grupo nascidas de termo), variando no risco médico e de desenvolvimento, verificaram que o elevado nível de educação materna está associado a reduzidos níveis de *stress* materno relativo ao domínio dos pais e ao domínio da criança.

Relativamente às práticas parentais, as mães reportaram uma maior utilização de práticas parentais positivas. De entre as práticas parentais positivas, as mães reportaram utilizar, numa situação problemática, maioritariamente práticas orientadas para o envolvimento construtivo com a criança e para o diálogo e resolução dos problemas, assim como a adoção de práticas parentais que incentivem a criança a corrigir o problema. De entre as práticas positivas, as que foram reportadas como menos utilizadas incluem práticas orientadas para a definição clara do que esperam que a criança faça perante um problema. Apesar de as mães terem reportado utilizar menos práticas parentais negativas, de entre essas verifica-se principalmente a utilização de práticas parentais inconsistentes e rígidas e menor utilização de práticas orientadas para a punição física.

Apesar de terem sido encontrados estudos na literatura sobre práticas parentais nesta população, os resultados deste estudo sugerem ser diferentes dos encontrados por Jaekel e colaboradores (2012), no qual, as interações mãe-filho, quando a criança tem 6 e 8 anos, se caracterizam pela manifestação de atitudes mais controladoras e menos sensitivas com crianças nascidas muito prematuras, comparativamente com crianças nascidas de termo.

Quanto às diferenças associadas às características sociodemográficas, mães de nível socioeconómico baixo e médio-baixo reportaram mais práticas parentais positivas, especialmente práticas orientadas para a definição clara do que se espera que a criança faça perante um problema, mas também mais práticas parentais negativas, especialmente punição física. Práticas parentais orientadas para a punição física dos comportamentos da criança também se verificaram mais em mães sem e com escolaridade mínima. Coloca-se como hipótese que, as mães de nível socioeconómico baixo e médio-baixo que participaram na amostra, tendem a apresentar inconsistência nas práticas parentais utilizadas.

Os resultados do presente estudo diferem dos resultados verificados, Woodward e Fergusson (2002) que, num estudo longitudinal desde o nascimento aos 18 anos, não verificaram diferenças relativamente ao estatuto socioeconómico e ao nível de escolaridade materna no uso de punição física.

A análise das diferenças, considerando o sexo da criança, verificou maior prevalência de práticas parentais positivas que incentivem a criança a corrigir o problema e a adoção de práticas negativas inconsistentes e rígidas em mães de crianças do sexo masculino. Estes resultados corroboram parcialmente a literatura, uma vez que, apenas as práticas parentais orientadas para disciplina severa verbal e física se verificam mais em relação a crianças do sexo masculino (McKee et al., 2007).

Relativamente à autorregulação parental, os resultados mostram que as mães que participaram no estudo mostraram ter capacidade para estar atentas às emoções negativas da criança e esforçam-se para as compreender. Por outro lado, verificou-se alguma dificuldade materna na gestão das emoções negativas perante os filhos. De facto, pais com uma boa capacidade de autorregulação, juntamente com as práticas parentais, possuem uma noção clara dos comportamentos, capacidades e valores que desejam expressar e promover nos seus filhos (Papies & Aarts, 2011) e contribuem para o desenvolvimento da capacidade de autorregulação da criança (Sanders & Mazzucchelli, 2013).

Quanto às diferenças associadas às características das mães, verificou-se que mães de nível socioeconómico baixo e médio-baixo, manifestam maior evitamento em relação às

emoções negativas da criança e apresentam maior dificuldade em gerir as suas emoções negativas perante os filhos.

Além disso, a dificuldade materna em gerir as suas próprias emoções negativas perante a criança verificou-se mais prevalente em mães de crianças do sexo masculino. Segundo Fivush, Brotaman, Buckner e Goodman (2000), esta dificuldade mais presente em mães de crianças do sexo masculino pode dever-se ao facto destas mães discutirem menos os aspetos emocionais e as causas de situações geradores de emoções negativas com os rapazes que com as raparigas.

Relativamente às respostas parentais perante emoções negativas da criança, os resultados do estudo mostram que as mães apresentam mais respostas parentais construtivas perante emoções negativas dos filhos. De entre as respostas parentais construtivas, as mães que participaram no estudo manifestaram principalmente ajudar a criança na procura de estratégias para lidar adequadamente com o que sente e auxiliá-la no modo como lida com as emoções através da centração no problema que as originou. Pelo contrário, verificaram-se menos respostas de encorajamento da expressão emocional da criança. Apesar de os resultados mostrarem que as mães apresentam menos respostas parentais negativas, de entre essas verifica-se principalmente a desvalorização da reação emocional da criança ou do problema que a originou e, pelo contrário, verifica-se uma menor tendência para ignorar a criança quando expressa uma emoção negativa. Na literatura é descrito que o encorajamento parental da expressão emocional das crianças e o apoio dado na compreensão e regulação das mesmas, incentiva as crianças a explorarem as suas próprias emoções (McElwain et al., 2007; Nelson et al., 2009).

Han, Qian, Gao e Dong (2015), num estudo com crianças em idade escolar, analisaram a relação entre as reações parentais apoiantes perante as emoções negativas dos filhos e a capacidade de autorregulação parental, tendo verificado que pais com dificuldade em regular as suas emoções têm tendência a reagir de forma menos apoiante perante as emoções negativas das crianças.

Associações entre as variáveis stress parental stress parental, práticas parentais, autorregulação parental, resposta parental perante emoções negativas da criança e a variável perceção parental de problemas de comportamento da criança

Quanto ao stress parental, os resultados mostram que, de um modo geral, níveis mais elevados de *stress* materno, tanto no domínio da criança como no domínio dos pais, estão associados positivamente à perceção materna de problemas de internalização, externalização e

problemas gerais de comportamento. Estes resultados confirmam a Hipótese 1 do presente estudo.

Especificamente, verificou-se a associação entre níveis de *stress* materno relacionados com o comportamento de distração/hiperatividade da criança, humor negativo da criança, reduzida capacidade de adaptação da criança perante mudanças e transições, ao facto de a criança não corresponder às expectativas maternas e à pressão que a criança exerce sobre a mãe, e a percepção materna de problemas de internalização e externalização e problemas gerais de comportamento da criança. Verificou-se ainda a associação entre níveis de *stress* materno relacionados com a percepção materna de reduzida competência para o desempenho do papel materno, a percepção materna de que deixaram de exercer papéis importantes devido à parentalidade, reduzida disponibilidade emocional para os filhos e isolamento social parental e a percepção materna de problemas de internalização e externalização e problemas gerais de comportamento da criança. Níveis de *stress* mais elevados relacionados com a percepção de reduzido apoio emocional e físico na relação marido-mulher estão apenas associados à percepção de mais problemas de externalização e problemas gerais de comportamento da criança.

Estes resultados vão ao encontro de outros estudos anteriores, com crianças nascidas prematuras, nos quais se verificou que níveis mais elevados de *stress* parental estão associados a uma maior percepção parental de problemas de comportamento (Huhtala et al., 2014; Potharst et al., 2015).

Em relação às práticas parentais verificou-se que, de um modo geral, uma maior manifestação de práticas parentais negativas está associada à percepção materna de mais problemas de internalização e externalização. Mais especificamente, verificou-se que disciplina inconsistente e rígida está associada à percepção materna de mais problemas de internalização e externalização e problemas gerais de comportamento, e práticas orientadas para a punição física estão associadas à percepção materna de mais problemas de internalização. Além disso, verificou-se a associação entre uma menor utilização de práticas positivas orientadas para o envolvimento construtivo com a criança e para o diálogo e resolução dos problemas e a percepção materna de mais problemas de internalização e problemas gerais de comportamento. Desta forma, verifica-se que as práticas parentais características de uma parentalidade negativa estão associadas positivamente à percepção parental de problemas de comportamento pelo que é confirmada a Hipótese 2 do presente estudo.

Estes resultados são consistentes com os encontrados na revisão sistemática realizada por Neel e colaboradores (2018) com crianças nascidas prematuras, na qual se verificou que os

comportamentos parentais afetivos e responsivos estão associados a resultados comportamentais positivos e que a rejeição parental, manifestada através de comportamentos parentais hostis e críticos em relação à criança são associados a resultados comportamentais negativos. Também Poehlmann e colaboradores (2011) verificaram que crianças nascidas prematuras que são expostas a práticas parentais críticas e hostis aos 9 meses de idade exibem mais problemas de externalização aos 24 meses. Além disso, a literatura também mostra que comportamentos parentais que manifestem reprovação, raiva e negatividade em relação à criança estão associados ao aumento dos comportamentos de internalização (Treyvaud et al., 2009).

Relativamente à autorregulação parental verifica-se a associação entre o evitamento materno das emoções da criança e dificuldade materna em gerir as suas emoções negativas perante os filhos (falta de controlo emocional) e a perceção materna de mais problemas de externalização e internalização e problemas gerais de comportamento. Assim, as dificuldades de autorregulação materna estão associadas positivamente à perceção materna de problemas de comportamento, pelo que é confirmada a Hipótese 3 do presente estudo.

Apesar da inexistência de estudos relativos à autorregulação parental na população de crianças nascidas prematuras, estes resultados vão ao encontro da literatura com crianças nascidas de termo, verificando-se que as dificuldades de regulação emocional dos pais estão associadas a problemas comportamentais e emocionais nas crianças (Crespo et al., 2017). Mais especificamente, Reeb e colaboradores (2010) verificaram a associação entre problemas de externalização e internalização e a expressão de hostilidade e depressão dos pais. Também Carrère e Bowie (2012) verificaram que a dificuldade parental em regular a expressão de hostilidade, está associada a problemas de externalização.

Quanto às respostas parentais perante emoções negativas da criança verificou-se que, de um modo geral, respostas parentais negativas perante emoções negativas da criança estão associadas à perceção materna de mais problemas de internalização da criança. Mais especificamente, verificou-se que a manifestação de desconforto e perturbação pelos pais perante a expressão de emoções negativas pela criança está associada à perceção de mais problemas de internalização e que a desvalorização da reação emocional da criança ou do problema que a originou está associada à perceção materna de mais problemas de internalização e externalização e problemas gerais de comportamento. Desta forma, as respostas parentais mais negativas às emoções da criança estão associadas positivamente à perceção materna de problemas de comportamento, pelo que é confirmada a Hipótese 4 do presente estudo.

Estes resultados vão ao encontro de estudos realizados com crianças nascidas de termo, nos quais se verifica que respostas parentais negativas e não apoiantes perante as emoções negativas da criança estão associados a resultados socioemocionais negativos (Frankel et al., 2015; Eisenberg et al., 1996), nomeadamente o aumento de comportamentos de internalização (Engle & McElwain, 2011).

Modelo explicativo da perceção de problemas de comportamento da criança.

Os resultados do presente estudo permitiram a obtenção de um modelo explicativo da perceção materna de problemas de internalização e externalização, verificando-se que o sexo da criança, especificamente ser do sexo masculino, onível socioeconómico baixo e médio-baixo e o *stress* materno associado às características da criança são preditores de problemas de internalização e externalização da criança.

Relativamente ao sexo da criança, não foram encontrados estudos prévios em que fosse analisado o efeito preditivo desta variável em relação à perceção parental de problemas de comportamento. No entanto, alguns estudos verificaram que o sexo da criança nascida prematura está associado à perceção parental de problemas de comportamento, nomeadamente que o sexo masculino está associado à perceção parental de mais problemas de externalização (Faleschini et al., 2020; Potijk et al., 2015; Reijneveld et al., 2006) e o sexo feminino está associado à perceção parental de mais problemas de internalização (Potijk et al., 2015; Reijneveld et al., 2006).

Relativamente ao nível socioeconómico, Jones e colaboradores (2013), num estudo com crianças nascidas prematuras, também verificaram que esta variável permite predizer os problemas de internalização e externalização da criança.

Quanto ao *stress* materno, apesar de os estudos não verificarem resultados especificamente em relação ao *stress* parental associado às características da criança, tem sido verificado que o *stress* materno é um forte preditor de problemas de comportamento em crianças nascidas prematuras (Pérez-Pereira & Baños, 2019).

Estes resultados são consistentes com os de outros estudos que verificaram que o *stress* parental é preditor de problemas específicos de comportamento, nomeadamente problemas de externalização. Por exemplo, Schappin e colaboradores (2018), num estudo com crianças entre os 2 e os 5 anos com IG<32 semanas, verificaram que elevados níveis de *stress* parental predizem significativamente mais problemas de externalização. Estes autores verificaram ainda que também a perceção parental de vulnerabilidade da criança e hostilidade parental em relação à criança predizem significativamente mais problemas de externalização. Também, Linden e

colaboradores (2015) verificaram a relação inversa, ou seja, os problemas de externalização em crianças, com 7 anos, nascidas prematuras predizem níveis mais elevados de stress parental. Neece, Green e Baker (2012) verificaram a existência de uma relação bidirecional entre o *stress* parental e os problemas de comportamento de crianças entre os 3 e os 9 anos.

Estes resultados reforçam ainda as asserções do modelo de Belsky (1984), confirmando a influência do *stress* materno na percepção de problemas de comportamento da criança. Também o modelo de Abidin (1992), é corroborado por estes resultados, uma vez que também este modelo postula a influência do *stress* parental no comportamento parental e, consequentemente, no comportamento da criança.

Capítulo V - Conclusões e Considerações Finais

Este estudo teve como principal objetivo analisar, em pais de crianças nascidas prematuras, as associações entre o nível de *stress* parental, as práticas parentais, a autorregulação parental, a resposta parental perante emoções negativas da criança e a percepção parental de problemas de comportamento da criança.

No estudo apenas participaram mães de crianças nascidas prematuras, tendo-se verificado, de um modo geral, resultados positivos relativamente às variáveis estudadas. As mães reportaram maior utilização de práticas parentais positivas, boas capacidades de autorregulação e a manifestação de mais respostas parentais positivas perante as emoções negativas da criança. Os níveis mais elevados de *stress* foram verificados no que diz respeito às características da figura parental, mas a análise parcial dos subdomínios da criança e dos pais mostrou, comparativamente, níveis mais elevados de *stress* materno associados às características da criança, nomeadamente em relação ao comportamento de hiperatividade/distração e à reduzida capacidade de adaptação da criança a mudanças e transições. Não se verificaram níveis clínicos ou *borderline* de problemas de internalização, externalização ou problemas gerais de comportamento nas crianças nascidas prematuras incluídas no estudo.

Confirmando as hipóteses colocadas, os resultados mostraram que níveis elevados de *stress* materno, práticas parentais negativas, dificuldades de autorregulação materna e respostas parentais negativas perante emoções negativas da criança estão associadas à percepção materna de mais problemas de comportamento da criança. A criança ser do sexo masculino, o estatuto socioeconómico mais baixo e o *stress* materno (especificamente relacionado com as características da criança) foram identificados como preditores de problemas de internalização e externalização na criança. As práticas maternas inconsistentes e rígidas mostraram ter um valor significativo marginal no modelo de regressão, no entanto, a sua inclusão resultou no aumento, marginalmente significativo, da variância explicada.

Desta forma, os resultados sugerem que, tal como verificado em estudos anteriores e encontrado na literatura em amostras de crianças nascidas de termo, as características da parentalidade influenciam a prevalência de problemas de comportamento de crianças, em idade escolar, nascidas prematuras, reforçando a importância de se considerarem outras variáveis, além da prematuridade, na compreensão desses problemas nesta população.

O presente estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas. O estudo tem uma amostra reduzida, o que inviabiliza a generalização dos resultados a toda a população de

crianças, entre os 4 e os 10 anos, nascidas prematuras. Apenas foi possível analisar os resultados relativos à percepção materna, devido ao reduzido número de pais que aceitaram participar. Além disso, não foi possível a avaliação completa de todas as escalas devido à obtenção de um coeficiente alfa de Cronbach não aceitável em algumas escalas.

Apesar das limitações mencionadas, este estudo realça a importância de, na prática clínica, se atender ao *stress* materno que, reforçando a literatura, se mostrou determinante na percepção materna de problemas de comportamento. Além disso, mães com níveis socioeconómicos mais baixos mostraram ter mais probabilidade de piores resultados, pelo que devem ser consideradas como sendo de risco.

Os resultados deste estudo mostraram ainda a importância de intervir junto dos pais ao nível da parentalidade positiva, da aquisição de estratégias de autorregulação e da aquisição de estratégias para lidar adaptativamente com as emoções das crianças, nomeadamente através da implementação de programas específicos e da realização de sessões clínicas, com o objetivo de potenciar o desenvolvimento positivo das crianças e uma relação positiva com os filhos.

Neste estudo foi incluída a análise de associações entre variáveis que ainda não tinham sido estudadas na população de crianças nascidas prematuras. Os resultados são encorajadores do prosseguimento do estudo no sentido do aumento da amostra, de forma a confirmar estes resultados e permitir análises mais complexas que possam ajudar a compreender os processos incluídos na relação entre as variáveis. Seria ainda relevante a realização de um estudo longitudinal com a análise das associações presentes neste estudo. Realça-se ainda a importância da inclusão dos pais, não só porque são reconhecidos como corresponsáveis na parentalidade, mas também porque seria importante estudar eventuais diferenças entre pai e mãe relativamente às variáveis em estudo. Por último, considera-se que seria interessante em estudos futuros, analisar estas associações num grupo de crianças nascidas prematuras com valores clínicos de problemas de comportamento, assim como num grupo etário diferente do considerado neste estudo, nomeadamente crianças em idade pré-escolar.

Referências Bibliográficas

- Aarnoudse-Moens, C. S. H., Weisglas-Kuperus, N., van Goudoever, J. B., & Oosterlaan, J. (2009). Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*, 124(2), 717–728. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2816>
- Abidin, R. R. (1992). The determinants of parenting behavior. *Journal of clinical child psychology*, 21(4), 407-412. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12
- Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index (PSI) (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Abidin, R. R. (2003). PSI–Índice de Stress Parental. Lisboa: CEGOC.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014a). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Escolar: Um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014b). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-escolar: Um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Alves, D., & Cruz, O. (2011). Reações parentais às emoções negativas dos filhos (RPEN): um questionário de avaliação da meta-emoção parental.
- Anderson, P., & Doyle, L. W. (2003). Neurobehavioral outcomes of school-age children born extremely low birth weight or very preterm in the 1990s. *jama*, 289(24), 3264-3272.
- Araújo, B. F., Zatti, H., Madi, J. M., Coelho, M. B., Olmi, F. B., & Canabarro, C. T. (2012). Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. *Jornal de Pediatria*, 88(3), 259–266. <https://doi.org/10.2223/JPED.2196>
- Arpi, E., & Ferrari, F. (2013). Preterm birth and behaviour problems in infants and preschool-age children: A review of the recent literature. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(9), 788–796. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12142>
- Barre, N., Morgan, A., Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2011). Language Abilities in Children Who Were Very Preterm and/or Very Low Birth Weight: A Meta-Analysis. *The Journal of Pediatrics*, 158(5), 766–774. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.10.032>

- Barros, J. G., Clode, N., & Graça, L. M. (2016). Prevalence of Late Preterm and Early Term Birth in Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 29(4), 249–253. <https://doi.org/10.20344/amp.6523>
- Barros, L., Goes, A. R., & Pereira, A. I. (2015). Parental self-regulation, emotional regulation and temperament: Implications for intervention/Autorregulação parental, regulação emocional e temperamento: implicações para a intervenção. *Estudos de Psicologia*, 32(2), 295–306. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200013>
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). SelfRegulation, ego depletion, and motivation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 115-128. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00001.x>
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 9(3), 239-276. <https://doi.org/10.1177/0044118X7800900302>
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56–95. <https://doi.org/10.1177/0272431691111004>
- Bayless, S., Pit-ten Cate, I. M., & Stevenson, J. (2008). Behaviour Difficulties and Cognitive Function in Children Born Very Prematurely. *International Journal of Behavioral Development*, 32(3), 199-206. <https://doi.org/10.1177/0165025408089269>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child development*, 55(1), 83-96. <https://doi.org/10.2307/1129836>
- Bora, S., Pritchard, V. E., Moor, S., Austin, N. C., & Woodward, L. J. (2011). Emotional and behavioural adjustment of children born very preterm at early school age. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 47(12), 863–869. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2011.02105.x>
- Carrère, S., & Bowie, B. H. (2012). Like parent, like child: Parent and child emotion dysregulation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(3), e23–e30. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.12.008>
- Cassiano, R. G. M., Gaspardo, C. M., & Linhares, M. B. M. (2016). Prematurity, Neonatal Health Status, and Later Child Behavioral/Emotional Problems: A Systematic Review. *Infant Mental Health Journal*, 37(3), 274–288. <https://doi.org/10.1002/imhj.21563>
- Clark, C. A. C., Woodward, L. J., Horwood, L. J., & Moor, S. (2008). Development of Emotional and Behavioral Regulation in Children Born Extremely Preterm and Very Preterm: Biological and Social Influences. *Child Development*, 79(5), 1444-1462. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01198.x>

- Crespo, L. M., Trentacosta, C. J., Aikins, D., & Wargo-Aikins, J. (2017). Maternal emotion regulation and children's behavior problems: The mediating role of child emotion regulation. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2797–2809. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0791-8>
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487–496. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.487>
- De Jong, M., Verhoeven, M., & van Baar, A. L. (2012). School outcome, cognitive functioning, and behaviour problems in moderate and late preterm children and adults: A review. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 17(3), 163–169. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2012.02.003>
- Delobel-Ayoub, M., Arnaud, C., White-Koning, M., Casper, C., Pierrat, V., Garel, M., Burguet, A., Roze, J.-C., Matis, J., Picaud, J.-C., Kaminski, M., & Larroque, B. (2009). Behavioral problems and cognitive performance at 5 years of age after very preterm birth: The EPIPAGE Study. *Pediatrics*, 123(6), 1485–1492. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1216>
- De Ocampo, A. C., Macias, M. M., Saylor, C. F., & Katikaneni, L. D. (2003). Caretaker Perception of Child Vulnerability Predicts Behavior Problems in NICU Graduates. *Child Psychiatry & Human Development*, 34(2), 83–96. <https://doi.org/10.1023/A:1027384306827>
- Direção Geral de Saúde. (2019). *Mortalidade Infantil* (Publicação nº 0010/2019). Retirado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/mortalidade-infantil-pdf.aspx>
- Dotinga, B. M., de Winter, A. F., Bocca-Tieertes, I. F. A., Kerstiens, J. M., Reijneveld, S. A., & Bos, A. F. (2019). Longitudinal growth and emotional and behavioral problems at age 7 in moderate and late preterms. *PLoS ONE*, 14(1), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211427>
- Easterbrooks, M. A., Bureau, J.-F., & Lyons-Ruth, K. (2012). Developmental correlates and predictors of emotional availability in mother–child interaction: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Development and Psychopathology*, 24(1), 65–78. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000666>
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (1996). Parents' Reactions to Children's Negative Emotions: Relations to Children's Social Competence and Comforting Behavior. *Child Development*, 67(5), 2227–2247. <https://doi.org/10.2307/1131620>
- Engle, J. M., & McElwain, N. L. (2011). Parental Reactions to Toddlers' Negative Emotions and Child Negative Emotionality as Correlates of Problem Behavior at the Age of

- Three. *Social Development*, 20(2), 251–271. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2010.00583.x>
- Fabes, R. A., Eisenberg, N., & Bernzweig, J. (1990). The Coping with Children's Negative Emotions Scale: Procedures and scoring.
- Fabes, R. A., Poulin, R. E., Eisenberg, N., & Madden-Derdich, D. A. (2002). The Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES): Psychometric properties and relations with children's emotional competence. *Marriage & Family Review*, 34(3-4), 285–310. https://doi.org/10.1300/J002v34n03_05
- Faleschini, S., Matte-Gagné, C., Côté, S., Tremblay, R. E., & Boivin, M. (2020). Trajectories of behavioral problems among moderate-late preterm children from 4 to 10 years: A prospective population-based study. *Early Human Development*, 143, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104964>
- Ferrero, D. M., Larson, J., Jacobsson, B., Di Renzo, G. C., Norman, J. E., Martin, J. N., ... Simpson, J. L. (2016). Cross-Country Individual Participant Analysis of 4.1 Million Singleton Births in 5 Countries with Very High Human Development Index Confirms Known Associations but Provides No Biologic Explanation for 2/3 of All Preterm Births. *PLoS ONE*, 11(9), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162506>
- Fivush, R., Brotman, M. A., Buckner, J. P., & Goodman, S. H. (2000). Gender differences in parent–child emotion narratives. *Sex Roles: A Journal of Research*, 42(3/4), 233–253. <https://doi.org/10.1023/A:1007091207068>
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas de comportamento em crianças e adolescentes. *Psychologia*, 12, 55–78.
- Frankel, L. A., Umemura, T., Jacobvitz, D., & Hazen, N. (2015). Marital conflict and parental responses to infant negative emotions: Relations with toddler emotional regulation. *Infant Behavior and Development*, 40, 73–83. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.03.004>
- Franz, A. P., Bolat, G. U., Bolat, H., Matijasevich, A., Santos, I. S., Silveira, R. C., ... Moreira-Maia, C. R. (2018). Attention-deficit/hyperactivity disorder and very preterm/very low birth weight: A meta-analysis. *Pediatrics*, 141(1), 1–16. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1645>

- Gerstein, E. D., & Poehlmann-Tynan, J. (2015). Transactional processes in children born preterm: Influences of mother–child interactions and parenting stress. *Journal of Family Psychology*, 29(5), 777–787. <https://doi.org/10.1037/fam0000119>
- Gerstein, E. D., Woodman, A. C., Burnson, C., Cheng, E. R., & Poehlmann-Tynan, J. (2017). Trajectories of Externalizing and Internalizing Behaviors in Preterm Children Admitted to a Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of Pediatrics*, 187, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.04.047>
- Goldberg, S., & DiVitto, B. (2002). Parenting children born preterm. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Children and Parenting* (2th ed., pp. 329–354). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>
- Gray, P. H., Edwards, D. M., O’Callaghan, M. J., & Cuskelly, M. (2012). Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy. *Early Human Development*, 88(1), 45–49. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.06.014>
- Gurka, M. J., LoCasale-Crouch, J., & Blackman, J. A. (2010). Long-term cognition, achievement, socioemotional, and behavioral development of healthy late-preterm infants. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(6), 525–532. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.83>
- Hack, M., Taylor, H. G., Schluchter, M., Andreias, L., Drotar, D., & Klein, N. (2009). Behavioral outcomes of extremely low birth weight children at age 8 years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(2), 122–130. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31819e6a16>
- Han, Z., Qian, J., Gao, M., & Dong, J. (2015). Emotion Socialization Mechanisms Linking Chinese Fathers’, Mothers’, and Children’s Emotion Regulation: A Moderated Mediation Model. *Journal of Child & Family Studies*, 24(12), 3570–3579. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0158-y>
- Helle, N., Barkmann, C., Ehrhardt, S., Wense, A. von der, Nestoriuc, Y., & Bindt, C. (2019). Internalizing symptoms in very low birth weight preschoolers: Symptom level and risk factors from four rating perspectives in a controlled multicenter study. *Journal of Affective Disorders*, 246, 74–81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.025>

- Hoffenkamp, H. N., Braeken, J., Hall, R. A., Tooten, A., Vingerhoets, A. J., & van Bakel, H. J. (2015). Parenting in complex conditions: does preterm birth provide a context for the development of less optimal parental behavior?. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(6), 559-571. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv007>
- Hornman, J., de Winter, A. F., Kerstjens, J. M., Bos, A. F., & Reijneveld, S. A. (2016). Emotional and behavioral problems of preterm and full-term children at school entry. *Pediatrics*, 137(5), 1–9. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2255>
- Huhtala, M., Korja, R., Lehtonen, L., Haataja, L., Lapinleimu, H., & Rautava, P. (2012). Parental psychological well-being and behavioral outcome of very low birth weight infants at 3 years. *Pediatrics*, 129(4), 937–944. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2411>
- Huhtala, M., Korja, R., Lehtonen, L., Haataja, L., Lapinleimu, H., & Rautava, P. (2014). Associations between parental psychological well-being and socio-emotional development in 5-year-old preterm children. *Early Human Development*, 90(3), 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.12.009>
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas Demográficas 2018* (Publicação nº0377-2284). Retirado de <https://www.ine.pt/xurl/pub/358632586>
- Jaekel, J., Wolke, D., & Chernova, J. (2012). Mother and Child Behaviour in Very Preterm and Term Dyads at 6 and 8 Years. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54(8), 716–723. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2012.04323.x>
- Johnson, S., Kochhar, P., Hennessy, E., Marlow, N., Wolke, D., & Hollis, C. (2016). Antecedents of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children born extremely preterm. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 37(4), 285–297. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000298>
- Johnson, S., Kochhar, P., Hennessy, E., Marlow, N., Wolke, D., & Hollis, C. (2016). Antecedents of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children born extremely preterm. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 37(4), 285–297. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000298>
- Jones, K. M., Champion, P. R., & Woodward, L. J. (2013). Social competence of preschool children born very preterm. *Early Human Development*, 89(10), 795-802. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.06.008>
- Kozuki, N., Lee, A. C. C., Silveira, M. F., Sania, A., Vogel, J. P., Adair, L., ... Katz, J. (2013). The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 13(Suppl 3), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-S3-S2>

- Lampi, K. M., Lehtonen, L., Tran, P. L., Suominen, A., Lehti, V., Banerjee, P. N., ... Sourander, A. (2012). Risk of autism spectrum disorders in low birth weight and small for gestational age infants. *Journal of Pediatrics*, 161(5), 830–836. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.04.058>
- Linden, M. A., Cepeda, I. L., Synnes, A., & Grunau, R. E. (2015). Stress in parents of children born very preterm is predicted by child externalising behaviour and parent coping at age 7 years. *Archives of Disease in Childhood*, 100(6), 554–558. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307390>
- Loe, I. M., Lee, E. S., Luna, B., & Feldman, H. M. (2011). Behavior problems of 9–16 year old preterm children: Biological, sociodemographic, and intellectual contributions. *Early Human Development*, 87(4), 247–252. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.01.023>
- Manuck, T. A., Rice, M. M., Bailit, J. L., Grobman, W. A., Reddy, U. M., Wapner, R. J., ... Vandersten, J. P. (2016). Preterm neonatal morbidity and mortality by gestational age: A contemporary cohort. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(1), 103.e1-103.e14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.01.004>
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Osterman, M. J. K., & Driscoll, A. K. (2019). Births: Final Data for 2018. *National Vital Statistics Reports*, 68(13), 1-46.
- McElwain, N. L., Halberstadt, A. G., & Volling, B. L. (2007). Mother- and Father-Reported Reactions to Children's Negative Emotions: Relations to Young Children's Emotional Understanding and Friendship Quality. *Child Development*, 78(5), 1407-1425. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01074.x>
- McKee, L., Roland, E., Coffelt, N., Olson, A., Forehand, R., Massari, C., Jones, D., Gaffney, C., & Zens, M. (2007). Harsh Discipline and Child Problem Behaviors: The Roles of Positive Parenting and Gender. *Journal of Family Violence*, 22(4), 187–196. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9070-6>
- Mirabile, S. P. (2015). Ignoring Children's Emotions: A novel ignoring subscale for the Coping with Children's Negative Emotions Scale. *European Journal of Developmental Psychology*, 12(4), 459–471. <https://doi.org/10.1080/17405629.2015.1037735>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. statement. *BMJ* 2015, 349, 1-25. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>

- Morales, M. R., Polizzi, C., Sullioti, G., Mascolino, C., & Perricone, G. (2013). Early precursors of low attention and hyperactivity in moderately and very preterm children at preschool age. *Pediatric reports*, 5(e18), 76-80. <https://doi.org/10.4081/pr.2013.e18>
- Moster, D., Lie, R. T., & Markestad, T. (2008). Long-term medical and social consequences of preterm birth. *The New England Journal of Medicine*, 359(3), 262–273. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0706475>
- Müller-Nix, C., & Ansermet, F. (2009). Prematurity, risk factors and protective factors. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (3rd ed., pp. 180–196). New York: The Guilford Press.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother–child interactions. *Early Human Development*, 79(2), 145–158. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002>
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting Stress and Child Behavior Problems: A Transactional Relationship across Time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48–66. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.1.48>
- Neel, M. L. M., Stark, A. R., & Maitre, N. L. (2018). Parenting style impacts cognitive and behavioural outcomes of former preterm infants: A systematic review. *Child: Care, Health & Development*, 44(4), 507–515. <https://doi.org/10.1111/cch.12561>
- Nelson, J. A., O'Brien, M., Blankson, A. N., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2009). Family stress and parental responses to children's negative emotions: Tests of the spillover, crossover, and compensatory hypotheses. *Journal of Family Psychology*, 23(5), 671–679. <https://doi.org/10.1037/a0015977>
- Oyserman, D., Bybee, D., Mowbray, C., & Hart-Johnson, T. (2005). When mothers have serious mental health problems: Parenting as a proximal mediator. *Journal of Adolescence*, 28(4), 443–463. <https://doi.org/10.1016/j.adolescenc e.2004.11.004>
- Papies, E. K., & Aarts, H. (2011). Nonconscious self-regulation, or the automatic pilot of human behavior. In K. D. Vohs & R.F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. (2nd ed., pp. 125–142). New York, NY: Guilford Press.
- Parenting Practices Interview. (2003). The Incredible Years. Retirado de <http://www.incredibleyears.com/for-researchers/measures/>

- Pereira, A., Barros, L., Roberto, M., & Marques, T. (2017). Development of the Parent Emotion Regulation Scale (PERS): Factor Structure and Psychometric Qualities. *Journal of Child & Family Studies*, 26(12), 3327–3338. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0847-9>
- Pérez-Pereira, M., & Baños, L. (2019). Do healthy preterm children have behavior problems? *Anales de Psicología*, 35(3), 397–404. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.3.332531>
- Poehlmann, J., Burnson, C., & Weymouth, L. A. (2014). Early parenting, represented family relationships, and externalizing behavior problems in children born preterm. *Attachment & Human Development*, 16(3), 271–291. <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.884610>
- Poehlmann, J., Schwichtenberg, A. J. M., Schlafer, R. J., Hahn, E., Bianchi, J.-P., & Warner, R. (2011). Emerging self-regulation in toddlers born preterm or low birth weight: Differential susceptibility to parenting. *Development and Psychopathology*, 23(1), 177–193. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000726>
- Polic, B., Bubic, A., Mestrovic, J., Markic, J., Kovacevic, T., Juric, M., Tesija, R. A., Susnjar, H., & Kolcic, I. (2016). Late preterm birth is a strong predictor of maternal stress later in life: Retrospective cohort study in school-aged children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 52(6), 608–613. <https://doi.org/10.1111/jpc.13167>
- Potharst, E. S., Houtzager, B. A., Wassenaer, L. A. G., Kok, J. H., Koot, H. M., & Last, B. F. (2015). Maternal and Paternal Perception of Child Vulnerability and Behaviour Problems in Very Preterm Born Children. *Infant & Child Development*, 24(5), 489–505. <https://doi.org/10.1002/icd.1898>
- Potijk, M. R., de Winter, A. F., Bos, A. F., Kerstjens, J. M., & Reijneveld, S. A. (2015). Co-occurrence of developmental and behavioural problems in moderate to late preterm-born children. *Archives of Disease in Childhood*, 101(3), 217–222. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-308958>
- Ramchandani, P. G., Domoney, J., Sethna, V., Psychogiou, L., Vlachos, H., & Murray, L. (2013). Do early father-infant interactions predict the onset of externalising behaviours in young children? Findings from a longitudinal cohort study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 54(1), 56–64. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02583.x>
- Reeb, B. T., Conger, K. J., & Wu, E. Y. (2010). Paternal depressive symptoms and adolescent functioning: The moderating effect of gender and father hostility. *Fathering: A Journal*

- of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*, 8(1), 131–142.
<https://doi.org/10.3149/fth.0801.131>
- Reijneveld, S. A., De Kleine, M. J. K., Ivan Baar, A., Kollée, I. A. A., Verhaak, C. M., Verhulst, F. C., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2006). Behavioural and emotional problems in very preterm and very low birthweight infants at age 5 years. *Archives of Disease in Childhood - Fetal & Neonatal Edition*, 91(6), F423-F428.
<http://dx.doi.org/10.1136/adc.2006.093674>
- Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 506-517.
<http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.506>
- Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2013). The promotion of selfregulation through parenting interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 1–17.
<https://doi.org/10.1007/s10567-013-0129-z>
- Santos, C. M. J. P. (2019). *Relação entre o Stress Parental, Práticas Educativas, Autorregulação Parental, Resposta Parental a Emoções Negativas da Criança e a Perceção Parental de Problemas de Comportamento – Estudo com Pais de Crianças Nascidas Prematuras* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Retirado de <http://hdl.handle.net/10451/41572>
- Santos, S. V. (2002). Características do stress parental em mães de crianças com Síndrome Nefrótico. *Análise psicológica*, 20(2), 233-241.
- Schappin, R., Wijnroks, L., Venema, M., & Jongmans, M. J. (2013). Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. *PLoS ONE*, 8(2), 1-19.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054992>
- Schappin, R., Wijnroks, L., Venema, M. U., & Jongmans, M. (2018). Exploring predictors of change in behavioral problems over a 1-year period in preterm born preschoolers. *Infant Behavior and Development*, 50, 98-106. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.12.003>
- Scott, A., Winchester, S. B., & Sullivan, M. C. (2018). Trajectories of Problem Behaviors from 4 to 23 Years in Former Preterm Infants. *International Journal of Behavioral Development*, 42(2), 237–247. <http://dx.doi.org/10.1177/0165025417692899>
- Scott, M. N., Taylor, H. G., Fristad, M. A., Klein, N., Espy, K. A., Minich, N., & Hack, M. (2012). Behavior disorders in extremely preterm/extremely low birth weight children in kindergarten. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33(3), 202–213.
<https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182475287>
- Singer, L. T., Fulton, S., Kirchner, H. L., Eisengart, S., Lewis, B., Short, E., ... Baley, J. E.

- (2007). Parenting Very Low Birth Weight Children at School Age: Maternal Stress and Coping. *The Journal of Pediatrics*, 151(5), 463–469. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.04.012>
- Treyvaud, K., Anderson, V. A., Howard, K., Bear, M., Hunt, R. W., Doyle, L. W., ... Anderson, P. J. (2009). Parenting behavior is associated with the early neurobehavioral development of very preterm children. *Pediatrics*, 123(2), 555–561. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0477>
- Treyvaud, K., Doyle, L. W., Lee, K. J., Roberts, G., Lim, J., Inder, T. E., & Anderson, P. J. (2012). Social-emotional difficulties in very preterm and term 2 year old predict specific social-emotional problems at the age of 5 years. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(7), 779–785. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss042>
- Treyvaud, K., Lee, K. J., Doyle, L. W., & Anderson, P. J. (2014). Very Preterm Birth Influences Parental Mental Health and Family Outcomes Seven Years after Birth. *The Journal of Pediatrics*, 164(3), 515–521. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.11.001>
- Treyvaud, K., Ure, A., Doyle, L. W., Lee, K. J., Rogers, C. E., Kidokoro, H., Inder, T. E., & Anderson, P. J. (2013). Psychiatric outcomes at age seven for very preterm children: rates and predictors. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 54(7), 772–779. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12040>
- van Baar, A. L., Vermaas, J., Knots, E., de Kleine, M. J. K., & Soons, P. (2009). Functioning at school age of moderately preterm children born at 32 to 36 weeks' gestational age. *Pediatrics*, 124(1), 251–257. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2315>
- Vanderbilt, D., & Gleason, M. M. (2011). Mental Health Concerns of the Premature Infant Through the Lifespan. *The Pediatric Clinics of North America*, 58(4), 815–832. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.06.012>
- Wang, M. L., Dorer, D. J., Fleming, M. P., & Catlin, E. A. (2004). Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics*, 114(2), 372–376. <https://doi.org/10.1542/peds.114.2.372>
- Wendt, A., Gibbs, C. M., Peters, S., & Hogue, C. J. (2012). Impact of Increasing Interpregnancy Interval on Maternal and Infant Health. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*, 26(Suppl.1), 239–258. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2012.01285.x>
- Westrupp, E. M., Mensah, F. K., Giallo, R., Cooklin, A., & Nicholson, J. M. (2012). Mental Health in Low-to-Moderate Risk Preterm, Low Birth Weight, and Small for Gestational Age Children at 4 to 5 Years: The Role of Early Maternal Parenting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(3), 313–323.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.12.004>

- Wightman, A., Schluchter, M., Drotar, D., Andreias, L., Taylor, H. G., Klein, N., ... Hack, M. (2007). Parental protection of extremely low birth weight children at age 8 years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28(4), 317–326. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3180330915>
- Wisborg, K., Ingerslev, H. J., & Henriksen, T. B. (2010). In vitro fertilization and preterm delivery, low birth weight, and admission to the neonatal intensive care unit: a prospective follow-up study. *Fertility and Sterility*, 94(6), 2102–2106. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.01.014>
- Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2002). Parent, child, and contextual predictors of childhood physical punishment. *Infant & Child Development*, 11(3), 213–235. <https://doi.org/10.1002/icd.252>
- Woodward, L. J., Moor, S., Hood, K. M., Champion, P. R., Foster-Cohen, S., Inder, T. E., & Austin, N. C. (2009). Very preterm children show impairments across multiple neurodevelopmental domains by age 4 years. *Archives of Disease in Childhood - Fetal & Neonatal Edition*, 94(5), F339–F344. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.146282>
- World Health Organization. (2001). *Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe*. European Regional Office. Retirado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108284>
- World Health Organization. (2012) Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Retirado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/
- World Health Organization. (2015). WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes: evidence base. Retirado de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/
- Yaari, M., Rotzak, N. L., Mankuta, D., Harel-Gadassi, A., Friedlander, E., Eventov-Friedman, S., ... Yirmiya, N. (2018). Preterm-infant emotion regulation during the still-face interaction. *Infant Behavior and Development*, 52, 56–65. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.05.008>

Anexos

Anexo 1 – Questionário Sociodemográfico

--	--	--	--	--

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Quem está a responder

Mãe ☐
Pai ☐

Idade

Menor de 25 ☐
Entre 25 e 30 ☐
Entre 31 e 35 ☐
Entre 36 e 40 ☐
Mais de 40 ☐

Estado civil

Casada; ou em união de facto; ou vivendo maritalmente (com um companheiro(a)) ☐
Separada ou divorciada ☐
Viúva ☐
Solteira ☐

Nível socioeconómico

Baixo ☐
Médio -Baixo ☐
Médio ☐
Alto ☐

Situação laboral

Empregada ☐
Desempregada ☐

Nacionalidade _____

Pais de Origem _____

Nível Escolar

Sem a escolaridade mínima ☐
Com a escolaridade mínima ☐
Curso médio ☐
Curso superior ☐

EM RELAÇÃO AO SEU FILHO

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Idade _____

Tempo de gestação (nasceu com quantas semanas de gestação) _____

Tem terapias de apoio? SIM ☐ NÃO ☐

Se sim, quais?

- Terapia da fala ☐
- Apoio escolar ☐
- Fisioterapia ☐
- Outro _____

Anexo 2 – Questionário do Comportamento da Criança (CBCL)

Questionário do Comportamento da Criança - CBCL 1 ½ - 5

Por favor responda a este questionário refletindo o seu ponto de vista em relação ao comportamento da criança, mesmo que outras pessoas não concordem com as suas respostas. Assegure-se de que respondeu a todos os itens. Segue-se uma lista de afirmações que descrevem características de crianças. Para cada afirmação que descreve a criança, **agora** ou nos **últimos 2 meses**, por favor assinale/circunde **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira** em relação à criança. Assinale **1** se a afirmação é **de alguma forma ou algumas vezes verdadeira** em relação à criança. Se a afirmação **não é verdadeira** em relação à criança, assinale **0**. Por favor responda a todos os itens o melhor que possa, mesmo que alguns pareçam não se aplicar à criança.

1. Tem dores (sem causa médica conhecida; **não incluir** dores de estômago ou de cabeça).
2. Age de forma demasiado infantil para a sua idade.
3. Tem medo de experimentar coisas novas.
4. Evita olhar os outros nos olhos.
5. Não consegue concentrar-se, prestar atenção durante muito tempo.
6. Não é capaz de ficar sentado/a, sossegado/a, é irrequieto/a ou hiperativo/a.
7. Não tolera ter coisas fora do lugar.
8. Não aguenta esperar; quer tudo no momento.
9. Mastiga coisas que não são de comer.
10. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente.

Questionário do Comportamento da Criança – CBCL 6 - 18

Por favor preencha este questionário refletindo o seu ponto de vista em relação ao comportamento da criança, mesmo que outras pessoas não concordem com as suas respostas. Assegure-se de que respondeu a todos os itens. Segue-se uma lista de frases que descrevem características de crianças. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho/a **é ou tem sido nos últimos 6 meses**. Assinale/circunde **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira**. Assinale/circunde no **1** se a afirmação é **de alguma forma ou algumas vezes verdadeira** em relação à criança. Se a descrição **não é verdadeira** em relação à criança, assinale/circunde no **0**. Por favor, responda

a todas as descrições o melhor que possa, mesmo que algumas pareçam não se aplicar ao seu filho/a.

1. Age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade.
2. Consome bebidas alcoólicas sem o consentimento dos pais (descreva) _____
3. Discute muito.
4. Não consegue acabar as coisas que começa.
5. Não há muitas coisas que goste.
6. Faz as suas necessidades fisiológicas fora da casa-de-banho.
7. É fanfarrão ou gabarola
8. Não consegue concentrar-se, não consegue estar atento/a durante muito tempo.
9. Não consegue afastar certas ideias do pensamento: obsessões ou cismas (descreva)_____
10. Não é capaz de ficar sentado/a, é muito ativo/a ou irrequieto/a

Anexo 3 – Índice de *Stress* Parental (*PSI*)

PSI

Para cada afirmação, centre-se, por favor, no filho ou filha que a/o preocupa, e faça um círculo a rodear a resposta que melhor exprime a sua opinião, utilizado o seguinte procedimento:

CC – Concordo Completamente

C – Concordo

NTC – Não tenho a certeza

D – Discordo

DC – Discordo Completamente

- 1- Quando ele/a quer alguma coisa, não desiste até conseguir.
- 2- É tão irrequieto/a que me esgota.
- 3- Parece descontrolado/a e distrai-se por tudo e por nada.
- 4- Comparando-o/a com outras crianças, acho que tem mais dificuldades do que elas em se concentrar e em prestar atenção.
- 5- Entretem-se sozinho/a com os seus brinquedos.
- 6- Afasta-se de nós, sem que saibamos para onde, mais do que eu esperava.
- 7- É mais mexido/a do que esperava que fosse.
- 8- É fácil de convencer quando lhe negamos alguma coisa
- 9- Raramente me faz coisas que me deixem contente.
- 10- Em geral sinto que gosta de mim.

Anexo 4 – Questionário de Práticas Parentais (PPI)

Práticas Parentais – Questionário

Este questionário contém questões sobre as diferentes formas de educar as crianças e ensiná-las a distinguir entre o bem e o mal. Por favor marque com uma cruz o número que corresponde à sua resposta.

- 1- Nunca
- 2- Raramente
- 3- Algumas vezes
- 4- Muitas vezes
- 5- Sempre

1- Apresentamos de seguida uma lista das coisas que os pais nos disseram que fazem quando os seus filhos/filhas têm um comportamento que não devem ter. Em geral, quantas vezes faz cada uma das seguintes coisas quando o seu filho/filha faz algo que não devia fazer?

- a. Repara mas não faz nada.
- b. Levanta a voz (ralha ou grita).
- c. Faz com que o seu filho/a corrija o problema ou compense o mal que fez.
- d. Ameaça castigá-lo/a (mas não castiga realmente).
- e. Dá-lhe tempo (para ele/a pensar).
- f. Castiga o seu filho/a.
- g. Tira-lhe privilégios, coisas que ele/a gosta de fazer (como ver televisão ou brincar com os amigos).
- h. Bate-lhe.
- i. Dá-lhe uma palmada.
- j. Dá ao seu filho/a tarefas para ele/a fazer como castigo.
- k. Discute o problema com ele/a ou faz-lhe perguntas sobre o que aconteceu.

Anexo 5 – Escala de Regulação Emocional Parental (PERS)

EREP

Este questionário tem por objetivo conhecê-lo um pouco melhor como pai/mãe e como reage emocionalmente em situações relacionadas com o seu filho. Interessa-nos em particular compreender como reage e o que pensa quando você ou o seu filho estão perturbados, seja por se sentirem tristes, irritados, preocupados, ansiosos ou zangado. Por favor, pense no período atual e na relação com o seu filho e responda em relação a cada item com que frequência a situação ocorre:

0- Nunca ou quase nunca

1- Poucas vezes

2- Algumas vezes

3- Muitas vezes

4- Sempre ou quase sempre

1. Estou atento às emoções do meu filho e tento compreendê-las.
2. Quando o meu filho está perturbado, ajudo-o a compreender o que está a sentir.
3. Quando vejo o meu filho perturbado, procuro fazer-lhe perguntas para que ele compreenda melhor o que está a sentir.
4. Quando o meu filho está perturbado, esforço-me para compreender o que ele está a sentir.
5. Percebo rapidamente quando o meu filho está a ficar nervoso.
6. Se eu pudesse eliminava todas as emoções negativas do meu filho.
7. Quando o meu filho está nervoso, eu tenho que agir rapidamente para resolver a situação.
8. Quando o meu filho está nervoso penso que isso lhe pode fazer mal.
9. Devo evitar a todo o custo que o meu filho fique nervoso.
10. Sinto-me muito mal quando vejo o meu filho triste, irritado ou ansioso.

Anexo 6 – Escala de Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos (CCNES)

Reações Parentais às Emoções Negativas dos Filhos

Ao longo de doze situações, pedimos que indique numa escala de 1 (Nada provável) a 7 (Muito provável a probabilidade de responder de forma semelhante ao que é descrito em cada uma das alíneas apresentadas. Por favor, coloque em cada alínea (a – g) um círculo à volta do número (1 – 7) que melhor traduz a probabilidade de responder ou agir como o descrito.

1	2	3	4	5	6	7
Nada provável			Médio			Muito provável

- 1- Se o meu/minha filho/a se zanga porque está doente ou se magoou e não pode ir a uma festa de anos, eu:
- Mando-o ir para o quarto para se acalmar.
 - Zango-me com ele/a.
 - Ajud-o/a a pensar numa forma de ainda estar com os amigos (por ex., convidar alguns amigos para irem lá para casa).
 - Não lhe respondo enquanto ele/a está zangado/a.
 - Digo-lhe para não dar tanta importância ao assunto.
 - Encorajo-o/a a expressar os seus sentimentos de zanga e frustração.
 - Acalmo-o/a, faço alguma coisa divertida para que se sinta melhor.

FOLHA DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PAIS

Variáveis parentais e percepção de problemas de comportamento da criança

- estudo com pais de crianças nascidas prematuras

Caros pais

Vimos convidá-los a participar num projeto destinado a estudar a relação entre o bem-estar dos pais de crianças nascidas prematuras, as suas estratégias educativas, e a forma como percebem os problemas de comportamento dos seus filhos.

Quais são os objetivos do estudo?

Com este estudo pretendemos aprofundar os conhecimentos sobre as dificuldades vividas pelos pais e adequar melhor a prestação de cuidados a estas crianças e aos seus pais.

Como vai decorrer o estudo? O que precisa de fazer para participar?

Se concordar em participar neste estudo pedimos-lhe autorização para usar os resultados da avaliação psicológica⁵ que o seu filho vai realizar e pedimos que preencha, de acordo com as instruções, os questionários que lhe serão entregues.

A participação neste estudo é inteiramente voluntária e não vai influenciar o tratamento do seu filho. Os pais podem interromper a participação no estudo a qualquer momento, sem quaisquer consequências, desvantagens ou efeitos sobre os cuidados clínicos futuros do seu filho.

Como vai ser tratada a informação que vai fornecer?

Todas as informações serão confidenciais e serão mantidas em sigilo e utilizadas apenas para comunicação consigo. Aos questionários é atribuído um código de forma a que o seu nome ou o do seu filho não esteja presente em nenhum sítio. Os dados são tratados na globalidade, isto é, misturados com os de outros pais. A informação será, assim, tratada de forma anónima e apenas utilizada para fins da investigação relacionada com este estudo.

A quem se deve dirigir se tiver dúvidas?

Maria Leonor Ferreira – Gabinete de Psicologia Pediátrica HFF – maria.l.ferreira@hff.min-saude.pt

Margarida Custódio dos Santos – Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa – mmsantos@fp.ul.pt

Compreendi a informação e aceito participar

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

MUITO OBRIGADA

⁵ Apesar de ser referida a realização de uma avaliação psicológica, esta não foi possível realizar devido à pandemia Covid-19.